Deutscher Bundestag
8. Wahlperiode

Drucksache 8/338

02. 05. 77

Sachgebiet 82

Beschlußempfehlung und Bericht

des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung (11. Ausschuß)

zu dem von der Bundesregierung eingebrachten

Entwurf eines Gesetzes zur Dämpfung der Ausgabenentwicklung und zur Strukturverbesserung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz — KVKG) — Drucksachen 8/166, 8/173 —

A. Problem

Die Kosten im Gesundheitswesen steigen seit längerer Zeit viel stärker als die Einkommen. Nach einhelliger Meinung im Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung ist es notwendig, die Kostensteigerung im Gesundheitswesen zu dämpfen und damit die Belastung der Beitragszahler und der Wirtschaft in Grenzen zu halten. Dabei muß der Grundsatz der Freiberuflichkeit der Kassenärzte und die Vertragsfreiheit beachtet sowie die Selbstverwaltung der Krankenkassen, Ärzte und Krankenhäuser gestärkt werden.

Hierbei sollen vor allem

1. die Entwicklung der Ausgaben der Krankenversicherung mit der Einkommensentwicklung der Versicherten stärker in Übereinstimmung gebracht,

2. die Verantwortung der Selbstverwaltung für die finanzielle Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung und für die Sicherung der medizinischen Versorgung gestärkt,

3. größere Beitragsgerechtigkeit erreicht und

4. das Zusammenwirken der an der medizinischen Versorgung Beteiligten unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit verbessert

werden.

Druck: Bonner Universitäts-Buchdruckerei, 5300 Bonn
Alleinvertrieb: Verlag Dr. Hans Heger, Postfach 821, Goethestraße 56, 5300 Bonn-Bad Godesberg 1, Telefon (0 22 21) 36 35 51

B. Lösungen

Nach Auffassung der Mehrheit des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung ist es notwendig, durch gesetzliche Maßnahmen bei der ambulanten ärztlichen Behandlung und bei der Arzneimittelversorgung sowie im Krankenhausbereich die Kostenentwicklung zu dämpfen. Dies soll vor allem dadurch erreicht werden, daß das Selbstverwaltungsprinzip im Gesundheitswesen gestärkt und den Selbstverwaltungsorganen bessere Steuerungsinstrumente an die Hand gegeben werden. Der Ausschuß hat bei unterschiedlichen Stimmverhältnissen im einzelnen folgende Regelungen beschlossen:

1. Die Finanzierung der Krankenversicherung der Rentner wird neu geordnet und sozial gerechter gestaltet.

2. Der Personenkreis der in der Krankenversicherung der Rentner beitragsfrei Versicherten wird unter Beachtung des Solidaritätsprinzips neu abgegrenzt.

3. Die Beitrags- und Leistungsbemessungsgrenze wird angehoben.

4. An die Leistungsgewährung in der Krankenversicherung werden strengere Maßstäbe hinsichtlich der medizinischen Erfordernisse gestellt.

5. Die Versorgung der in der Krankenversicherung Versicherten mit Arzneimitteln wird unter voller Beachtung der Therapiefreiheit des Arztes stärker an der medizinischen Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit ausgerichtet.

6. Die Vergütung der ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen wird verstärkt an der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung orientiert.

7. Das Gebührenrecht wird unter Aufrechterhaltung des Grundsatzes der Vertragsfreiheit den gesundheitspolitischen Anforderungen angepaßt und verbessert.

8. Der Verantwortungsbereich der Selbstverwaltung von Krankenkassen, Ärzten und Krankenhäusern wird durch Zuweisung neuer Aufgaben erweitert.

9. Das Vertragsrecht wird so gestaltet, daß Gleichgewichtigkeit zwischen den Krankenkassen und ihren Vertragspartnern hergestellt wird.

10. Das Zusammenwirken der Ärzte und Krankenhäuser bei ambulanter und stationärer Behandlung wird verbessert.

11. Zur Krankenhauspflege werden nur solche Krankenhäuser zugelassen, die wirtschaftlich arbeiten und die Ziele der Krankenhausbedarfsplanung nicht gefährden.

12. Die Träger der Krankenversicherung und der Krankenhäuser erhalten ein Mitwirkungsrecht bei der Aufstellung der Krankenhausbedarfspläne.

13. Die Krankenhauspflegesätze werden zwischen den Trägern der Krankenversicherung und den Krankenhäusern eigenverantwortlich vereinbart.

14. Die Krankenhausträger werden an den Investitionskosten beteiligt; sie haben 10 v. H. der Errichtungskosten und 5 v. H. der Kosten für die Wiederbeschaffung von Anlagegütern als Eigenleistung aufzubringen.

15. Die Aufwendungen für die Leistungen der Krankenversicherung werden für die Beteiligten transparent gemacht.

Das Gesetz im ganzen wurde mit den Stimmen der Ausschußmitglieder der SPD und FDP gegen die Stimmen der Abgeordneten der CDU/CSU-Fraktion beschlossen.

C. Alternativen

Die CDU/CSU-Fraktion vertrat die Auffassung, daß für die Verwirklichung der Kostendämpfungsmaßnahmen im Bereich der Leistungsanbieter der kassenärztlichen Leistungen, der Arzneimittelversorgung und des Krankenhauswesens gesetzliche Regelungen zunächst nicht erforderlich seien. Dies solle vielmehr im Rahmen einer konzertierten Aktion aller am Gesundheitswesen Beteiligten durchgesetzt werden, die gesetzlich verankert werden solle.

D. Kosten

keine

Beschlußempfehlung

Der Bundestag wolle beschließen,

1. den von der Bundesregierung eingebrachten Entwurf eines Gesetzes zur Dämpfung der Ausgabenentwicklung und zur Strukturverbesserung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz — KVKG) — Drucksachen 8/166, 8/173 — in der aus der anliegenden Zusammenstellung ersichtlichen Fassung anzunehmen;

2. die Bundesregierung zu ersuchen,

   a) im Zusammenwirken mit den Ländern Vorschläge für eine bedarfsgerechte und kostengünstige Pflege und Betreuung kranker Menschen durch geeignete Einrichtungen und Dienste, z. B. Sozialstationen, zu machen. Hierbei soll insbesondere der planvolle und verstärkte Ausbau von Einrichtungen und Diensten unter Einbeziehung der von der Krankenversicherung zu leistenden häuslichen Krankenpflege gefördert werden, die geeignet sind, medizinisch nicht erforderliche Inanspruchnahme von Krankenhäusern zu vermeiden. Eine zusätzliche Belastung der Beitragzahler der gesetzlichen Krankenversicherung darf hierdurch nicht entstehen. Die zu treffenden Maßnahmen sollen sowohl eine Verbesserung der gesundheitlichen und pflegerischen Betreuung der Bevölkerung herbeiführen als auch langfristig zu einer Kostenentlastung der Träger der Krankenversicherung beitragen;

   b) zu püfen, ob zwischen praxiseigenen zahntechnischen Labors und gewerblichen zahntechnischen Labors Wettbewerbsverzerrungen bestehen, und Vorschläge zu machen, wie diese beseitigt werden können;

3. die zu dem Gesetzentwurf eingegangenen Eingaben und Petitionen für erledigt zu erklären.

Bonn, den 28. April 1977

Der Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung

Rappe (Hildesheim)	**Franke**	**Glombig**	**Schmidt (Kempten)**
Vorsitzender	Berichterstatter		

Zusammenstellung

des Entwurfs eines Gesetzes zur Dämpfung der Ausgabenentwicklung und zur Strukturverbesserung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz — KVKG) — Drucksachen 8/166, 8/173 — mit den Beschlüssen des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung (11. Ausschuß)

Entwurf	Beschlüsse des 11. Ausschusses
Entwurf eines Gesetzes zur Dämpfung der Ausgabenentwicklung und zur Strukturverbesserung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz — KVKG)	**Entwurf eines Gesetzes zur Dämpfung der Ausgabenentwicklung und zur Strukturverbesserung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz — KVKG)**
Der Bundestag hat mit Zustimmung des Bundesrates das folgende Gesetz beschlossen:	Der Bundstag hat mit Zustimmung des Bundesrates das folgende Gesetz beschlossen:
Artikel 1 **Änderung von Gesetzen**	Artikel 1 **Änderung von Gesetzen**
§ 1 **Änderung der Reichsversicherungsordnung**	§ 1 **Änderung der Reichsversicherungsordnung**
Die Reichsversicherungsordnung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 820 — 1, veröffentlichten, bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 1 § 1 des Gesetzes vom 28. Dezember 1976 (BGBl. I S. 3871), wird wie folgt geändert:	Die Reichsversicherungsordnung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 820 — 1, veröffentlichten, bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 1 § 1 des Gesetzes vom 28. Dezember 1976 (BGBl. I S. 3871), wird wie folgt geändert:
1. § 165 wird wie folgt geändert:	1. § 165 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 1 Nr. 3 erhält folgende Fassung:	a) Absatz 1 Nr. 3 erhält folgende Fassung:
„3. Personen, welche die Voraussetzungen für den Bezug einer Rente aus der Rentenversicherung der Arbeiter oder der Rentenversicherung der Angestellten erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn	„3. Personen, welche die Voraussetzungen für den Bezug einer Rente aus der Rentenversicherung der Arbeiter oder der Rentenversicherung der Angestellten erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn
a) sie oder die Person, aus deren Versicherung sie ihren Rentenanspruch ableiten, seit dem 1. Januar 1950 bis zur Stellung des Rentenantrages mindestens *20 Jahre* Mitglied eines Trä-	a) sie oder die Person, aus deren Versicherung sie ihren Rentenanspruch ableiten, **seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit, jedoch frühestens** seit dem 1. Januar 1950 bis

Entwurf

gers der gesetzlichen Krankenversicherung waren oder

b) sie *eine Rente beziehen, bei deren Berechnung ohne Anwendung des § 1280 Abs. 1 eine Zurechnungszeit anzurechnen ist oder*

c) sie oder die Person, aus deren Versicherung sie ihren Rentenanspruch ableiten, zu den in §§ 1 oder 17 Abs. 1 des Fremdrentengesetzes Genannten gehören und ihren Wohnsitz in den Geltungsbereich dieses Gesetzes verlegt haben,".

b) Absatz 6 Satz 1 erhält folgende Fassung:

„Nach Absatz 1 Nr. 3 wird nicht versichert,

1. wer nach Absatz 1 Nr. 1, 2, 2 a oder 4 oder nach anderen gesetzlichen Vorschriften versicherungspflichtig ist,

2. wer nur wegen Überschreitens der Einkommensgrenzen nicht nach Absatz 1 Nr. 2 oder § 166 versicherungspflichtig ist oder

3. wer nach § 173 b oder nach Artikel 3 § 1 Abs. 4 des Gesetzes zur Änderung des Mutterschutzgesetzes und der Reichsversicherungsordnung vom 24. August 1965 (BGBl. I S. 912) von der Versichepflicht befreit ist."

2. In § 173 a Abs. 2 werden die Worte „Eintritt der Versicherungspflicht" durch die Worte „Beginn der Mitgliedschaft" ersetzt.

3. § 176 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 wird folgende Nummer 9 eingefügt:

„9. Personen, die eine Rente aus der Rentenversicherung der Arbeiter oder der Rentenversicherung der Angestellten beziehen, es sei denn, *sie sind im Zeitpunkt der Stellung des Rentenantrages deswegen nicht versicherungspflichtig, weil sie nach § 173 b oder nach Artikel 3 § 1 Abs. 4 des Gesetzes zur Änderung*

Beschlüsse des 11. Ausschusses

zur Stellung des Rentenantrages mindestens **die Hälfte der Zeit** Mitglied eines Trägers der gesetzlichen Krankenversicherung waren **oder mit einem Mitglied verheiratet und nicht mehr als nur geringfügig beschäftigt oder geringfügig selbständig tätig waren oder**

b) sie **oder die Person, aus deren Versicherung sie ihren Rentenanspruch ableiten, zu den in §§ 1 oder 17 Abs. 1 des Fremdrentengesetzes Genannten gehören und ihren Wohnsitz innerhalb der letzten zehn Jahre vor der Rentenantragstellung in den Geltungsbereich dieses Geestzes verlegt haben,".**

Buchstabe c entfällt

b) Absatz 6 Satz 1 erhält folgende Fassung:

„Nach Absatz 1 Nr. 3 wird nicht versichert,

1. unverändert

2. unverändert

3. wer nach § 173 b oder nach Artikel 3 § 1 Abs. 4 des Gesetzes zur Änderung des Mutterschutzgesetzes und der Reichsversicherungsordnung vom 24. August 1965 (BGBl. I S. 912), **zuletzt geändert durch Artikel 3 § 8 des Gesetzes vom 21. Dezember 1967 (BGBl. I S. 1259),** von der Versicherungspflicht befreit ist."

2. unverändert

3. § 176 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 wird folgende Nummer 9 eingefügt:

„9. Personen, die eine Rente aus der Rentenversicherung der Arbeiter oder der Rentenversicherung der Angestellten beziehen, es sei denn, **sie waren nach dem 30. Juni 1977 beitrittsberechtigt, sind aber kein Mitglied eines Trägers der gesetzlichen Krankenversicherung geworden, oder sie sind nach dem**

Entwurf	Beschlüsse des 11. Ausschusses
des Mutterschutzgesetzes und der Reichsversicherungsordnung vom 24. August 1965 (BGBl. I S. 912) von der Versicherungspflicht befreit sind,".	**30. Juni 1977 aus der freiwilligen Versicherung ausgetreten,".**
b) Folgender Satz wird angefügt: „Der Beitritt nach Satz 1 Nr. 9 ist binnen eines Monats nach Zustellung des die Rente gewährenden Bescheides zu erklären."	b) unverändert
4. In § 176 b Abs. 1 Nr. 2 werden die Worte „Kinder eines Versicherten" durch das Wort „Personen" ersetzt.	4. § 176 b **wird wie folgt geändert:** a) Absatz 1 Nr. 2 **erhält folgende Fassung:** **„2. Personen, für die der Anspruch auf Familienhilfe erlischt oder nur deswegen nicht besteht, weil die Voraussetzungen des § 205 Abs. 1 Satz 2 vorliegen,".** **b) In Absatz 2 werden nach den Worten „Anspruchs auf Familienhilfe" die Worte „oder nach dem Beginn ihrer Unterhaltsberechtigung gegenüber dem Versicherten" eingefügt.**
5. § 180 Abs. 1 Satz 3 enthält folgende Fassung: „Hierbei ist der Arbeitsentgelt bis zum Betrage von einem Dreihundertsechzigstel von 85 vom Hundert der für Jahresbezüge in der Rentenversicherung der Arbeiter geltenden Beitragsbemessungsgrenze (§ 1385 Abs. 2) für den Kalendertag zu berücksichtigen; soweit er diesen Betrag übersteigt, bleibt er außer Ansatz."	5. § 180 **wird wie folgt geändert:** a) Absatz 1 Satz 3 erhält folgende Fassung: unverändert
	b) Absatz 4 erhält folgende Fassung: **„(4) Für freiwillig Versicherte gilt als Grundlohn der auf den Kalendertag entfallende Teil des Arbeitsentgelts und sonstiger Einnahmen zum Lebensunterhalt bis zu dem in Absatz 1 Satz 3 genannten Betrag, mindestens jedoch der 150. Teil der monatlichen Bezugsgröße. Bei stark schwankenden Einnahmen kann die Kasse als Grundlohn den durchschnittlich auf den Kalendertag entfallenden Teil der in den letzten drei Monaten erzielten Einnahmen festsetzen. Läßt sich kein Grundlohn ermitteln, so bestimmt die Kasse den Grundlohn."**
6. § 182 Abs. 1 Nr. 1 wird wie folgt geändert: a) Buchstabe b erhält folgende Fassung: „b) Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heilmitteln und Brillen, soweit sie nicht durch Richtlinien der Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen eingeschränkt ist,".	6. § 182 Abs. 1 Nr. 1 wird wie folgt geändert: a) Buchstabe b erhält folgende Fassung: „b) Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heilmitteln und Brillen, soweit sie nicht durch **Satzung entsprechend den** Richtlinien der Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen **nach § 368 p** eingeschränkt ist,".
b) In Buchstabe d werden die Worte „oder Übernahme der gesamten Kosten" gestrichen.	b) unverändert

Entwurf

7. § 182 a *wird wie folgt geändert:*

a) In Absatz 1 werden die Worte „2,50 Deutsche Mark" durch die Worte „3,50 Deutsche Mark" ersetzt.

b) Absatz 2 erhält folgende Fassung:

„(2) Von der Zahlung nach Absatz 1 sind Versicherte befreit, die wegen länger dauernder Krankheit laufend Arzneimittel benötigen. Das Nähere bestimmt der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen durch Richtlinien."

8. § 182 c erhält folgende Fassung:

„§ 182 c

Die Satzung bestimmt die Höhe der Zuschüsse zu den Kosten für Zahnersatz und Zahnkronen. Die Zuschüsse dürfen achtzig vom Hundert der Kosten nicht übersteigen. *Hätte der Versicherte danach mehr als 500 Deutsche Mark zu zahlen, übernimmt die Krankenkasse auch den überschießenden Betrag."*

9. Nach § 182 d wird folgender § 182 e eingefügt:

„§ 182 e

Die Satzung kann vorsehen, daß der Versicherte bei kieferorthopädischer Behandlung bis zu 20 vom Hundert der Kosten, höchstens jedoch *500 Deutsche Mark* je Leistungsfall an die Krankenkasse zu zahlen hat. *Der Betrag* ist dem Versicherten zu erstatten, wenn die Behandlung in dem durch den Behandlungsplan bestimmten Umfang abgeschlossen ist."

10. § 184 Abs. 2 erhält folgende Fassung:

„(2) Der Versicherte kann unter den Krankenhäusern wählen, mit denen Verträge über die Erbringung von Krankenhauspflege bestehen (Vertragskrankenhäuser). Wird ohne zwingenden Grund ein anderes als eines der nächsterreichbaren geeigneten Vertragskrankenhäuser in Anspruch genommen, so hat der Versicherte die Mehrkosten zu tragen."

Beschlüsse des 11. Ausschusses

7. § 182 a **erhält folgende Fassung:**

„§ 182 a

Bei der Abnahme von Arznei-, Verband- und Heilmitteln hat der Versicherte eine Deutsche Mark für jedes verordnete Mittel an die abgebende Stelle zu zahlen. Die Krankenkasse kann in besonderen Härtefällen, vor allem, wenn laufend Arznei-, Verband- und Heilmittel benötigt werden, von der Zahlung nach Satz 1 befreien."

8. § 182 c erhält folgende Fassung:

„§ 182 c

Die Satzung bestimmt die Höhe der Zuschüsse zu den Kosten für Zahnersatz und Zahnkronen. Die Zuschüsse dürfen achtzig vom Hundert der Kosten nicht übersteigen. **Die Krankenkasse kann in besonderen Härtefällen den vom Versicherten zu zahlenden Restbetrag ganz oder teilweise übernehmen."**

9. Nach § 182 d wird folgender § 182 e eingefügt:

„§ 182 e

Die Satzung kann vorsehen, daß der Versicherte bei kieferorthopädischer Behandlung bis zu 20 vom Hundert der Kosten, höchstens jedoch **einen Betrag in Höhe eines Viertels der monatlichen Bezugsgröße** je Leistungsfall an die Krankenkasse zu zahlen hat. **Sie kann dabei bestimmen, daß**

a) der Betrag dann an die Krankenkasse zu zahlen ist, wenn die Behandlung abgebrochen wird, bevor sie in dem durch den Behandlungsplan bestimmten medizinisch erforderlichen Umfang abgeschlossen worden ist, oder

b) die Zuzahlung laufend während der Behandlung zu zahlen und dem Versicherten zu erstatten ist, wenn die Behandlung in dem durch den Behandlungsplan bestimmten **medizinisch erforderlichen** Umfang abgeschlossen **worden** ist."

10. unverändert

Entwurf	Beschlüsse des 11. Ausschusses
11. Dem § 185 b Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:	11. unverändert
„Für Verwandte und Verschwägerte bis zum zweiten Grade werden keine Kosten erstattet; die Krankenkasse kann jedoch die erforderlichen Fahrkosten und den Verdienstausfall erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht."	
12. § 187 erhält folgende Fassung:	12. § 187 erhält folgende Fassung:
„§ 187	„§ 187
Die Satzung kann	Die Satzung kann
1. Zuschüsse zu den Kosten für Kuren vorsehen, wenn diese nach vertrauensärztlicher Begutachtung erforderlich und geeignet sind,	1. Zuschüsse zu den Kosten für Kuren vorsehen, wenn diese nach vertrauensärztlicher Begutachtung erforderlich und geeignet sind,
a) eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen oder	a) eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen oder
b) eine *drohende Störung* der normalen Entwicklung eines Kindes *zu verhindern,*	b) einer **Gefährdung** der normalen Entwicklung eines Kindes **entgegenzuwirken,**
und diese Kur im Geltungsbereich dieses Gesetzes erbracht wird,	und diese Kur im Geltungsbereich dieses Gesetzes erbracht wird,
2. andere Maßnahmen zur Verhütung von Erkrankungen der einzelnen Kassenmitglieder vorsehen,	2. unverändert
3. Fürsorge für Genesende, vor allem durch Unterbringung in einem Genesungsheim, vorsehen."	3. unverändert
13. Dem § 194 Abs. 1 werden folgende Sätze angefügt:	13. unverändert
„Die Fahrkosten werden nur übernommen, wenn sie je einfache Fahrt mehr als 3,50 Deutsche Mark betragen. Die Satzung kann vorsehen, daß unter den von ihr bestimmten Voraussetzungen abweichend von Satz 2 Fahrkosten übernommen werden."	
14. § 195 Nr. 3 erhält folgende Fassung:	14. unverändert
„3. Pauschbeträge für die Inanspruchnahme ärztlicher Betreuung,"	
15. § 198 erhält folgende Fassung:	15. § 198 erhält folgende Fassung:
„§ 198	„§ 198
Die Versicherte erhält nach der Entbindung einen Pauschbetrag von einhundert Deutsche Mark, wenn sie die zur ausreichenden und zweckmäßigen ärztlichen Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung gehörenden Untersuchungen (§ 196) in Anspruch genommen hat. Der Anspruch auf den Pauschbetrag bleibt unberührt, wenn Untersuchungen	Die Versicherte erhält nach der Entbindung einen Pauschbetrag von einhundert Deutsche Mark, wenn sie **im Geltungsbereich dieses Gesetzes entbunden und** die zur ausreichenden und zweckmäßigen ärztlichen Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung gehörenden Untersuchungen (§ 196) in Anspruch genommen hat. Der Anspruch auf den

Entwurf

aus einem von der Versicherten nicht zu vertretenden Grund nicht durchgeführt wurden."

16. § 201 Satz 2 erhält folgende Fassung:

„Für die nach § 165 Abs. 1 Nr. 3 Versicherten gilt als Grundlohn ein Dreihundertsechzigstel von 85 vom Hundert der Bezugsgröße."

17. § 205 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Worte „im Inland aufhalten" durch die Worte „im Geltungsbereich dieses Gesetzes aufhalten, kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Fünftel der monatlichen Bezugsgröße überschreitet", ersetzt.

b) In Absatz 1 wird Satz 2 durch folgende Sätze ersetzt:

„Für Kinder besteht kein Anspruch auf Leistungen nach Satz 1, wenn der mit den Kindern verwandte Ehegatte des Versicherten nicht Mitglied bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung ist und sein Gesamteinkommen regelmäßig im Monat ein Zwölftel der Jahresarbeitsverdienstgrenze (§ 165 Abs. 1 Nr. 2) übersteigt und regelmäßig höher als das Gesamteinkommen des Versicherten ist. § 182 a gilt nicht für Kinder."

c) In Absatz 3 Satz 1 werden die Worte „Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten, sonstige Hilfen und die Familienkrankenpflege" durch die Worte „Leistungen nach Absatz 1" und die Worte „und sich im Inland aufhalten." durch die Worte „, sich im Geltungsbereich dieses Gesetzes aufhalten und kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Fünftel der monatlichen Bezugsgröße überschreitet." *ersetzt.*

18. § 223 *erhält folgende Fassung:*

„§ 223

Die Krankenkasse kann in geeigneten Fällen im Zusammenwirken mit den Kassenärztlichen Vereinigungen, den *Krankenhäusern und* den Vertrauensärzten die Krankheitsfälle vor allem im Hinblick auf die *entstandenen Kosten* überprüfen *und* den Versicherten über die in Anspruch genommenen Leistungen und ihre Kosten unterrichten."

Beschlüsse des 11. Ausschusses

Pauschbetrag bleibt unberührt, wenn Untersuchungen aus einem von der Versicherten nicht zu vertretenden Grund nicht durchgeführt wurden".

16. unverändert

17. § 205 wird wie folgt geändert:

a) unverändert

b) unverändert

c) In Absatz 3 **wird** Satz 1 **wie folgt gefaßt:**

„**Die Satzung kann** Leistungen nach Absatz 1 **auf sonstige Angehörige erstrecken, die mit dem Versicherten in häuslicher Gemeinschaft leben, von ihm ganz oder überwiegend unterhalten werden,** sich **gewöhnlich** im Geltungsbereich dieses Gesetzes aufhalten und kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Fünftel der monatlichen Bezugsgröße überschreitet; **Absatz 1 Satz 3 gilt."**

18. Nach **§ 222 wird folgender § 223 eingefügt:**

„§ 223

Die Krankenkasse kann in geeigneten Fällen im Zusammenwirken mit den Kassenärztlichen Vereinigungen, den **Krankenhausträgern für den jeweiligen Bereich sowie** den Vertrauensärzten die Krankheitsfälle vor allem im Hinblick auf die **in Anspruch genommenen Leistungen** überprüfen; **die Krankenkasse kann** den Versicherten **und den behandelnden Arzt** über die in Anspruch genommenen Leistungen und ihre Kosten unterrichten."

Entwurf	Beschlüsse des 11. Ausschusses
19. § 257 a wird wie folgt geändert:	19. § 257 a wird wie folgt geändert:
a) Absatz 1 Satz 2 wird durch folgende Sätze ersetzt:	**Buchstabe a entfällt**
„Sie können die Mitgliedschaft bei der für ihren Wohnort zuständigen Ortskrankenkasse beantragen. Der Antrag ist binnen eines Monats nach Eintritt der Versicherungspflicht zu stellen; die Annahme des Antrags wirkt vom Beginn der Versicherungspflicht an."	
b) Nach Absatz 4 wird folgender Absatz 4 a eingefügt:	b) Nach Absatz 4 wird folgender Absatz 4 a eingefügt:
„(4 a) Die in § 165 Abs. 1 Nr. 3 bezeichneten Versicherten können abweichend von Absatz 1 Satz 1 und Absatz 4 die Mitgliedschaft bei einer Ersatzkasse beantragen, wenn sie in dem Bezirk wohnen, für den die Ersatzkasse zugelassen ist. Der Antrag ist binnen eines Monats nach Eintritt der Versicherungspflicht zu stellen; die Annahme des Antrags wirkt vom Beginn der Versicherungspflicht an."	„(4 a) Die in § 165 Abs. 1 Nr. 3 bezeichneten Versicherten können abweichend von Absatz 1 Satz 1 und Absatz 4 die Mitgliedschaft bei einer Ersatzkasse beantragen, wenn sie **während ihrer Erwerbstätigkeit Mitglieder der Ersatzkasse hätten sein können und** in dem Bezirk wohnen, für den die Ersatzkasse zugelassen ist. Der Antrag ist binnen eines Monats nach Eintritt der Versicherungspflicht zu stellen; die Annahme des Antrags wirkt vom Beginn der Versicherungspflicht an."
20. § 257 c wird wie folgt geändert:	20. unverändert
a) Absatz 1 Satz 2 wird durch folgende Sätze ersetzt:	
„Sie können die Mitgliedschaft bei der für ihren Wohnort zuständigen Ortskrankenkasse beantragen. Der Antrag ist binnen eines Monats nach Eintritt der Versicherungspflicht zu stellen; die Annahme des Antrags wirkt vom Beginn der Versicherungspflicht an."	
b) Folgender Absatz 4 wird angefügt:	
„(4) Die nach den §§ 1 und 2 des Gesetzes über die Sozialversicherung Behinderter in geschützten Einrichtungen Versicherten können abweichend von Absatz 1 Satz 1 und den Absätzen 2 und 3 die Mitgliedschaft bei einer Ersatzkasse beantragen, wenn sie in dem Bezirk wohnen, für den die Ersatzkasse zugelassen ist. Der Antrag ist binnen eines Monats nach Eintritt der Versicherungspflicht zu stellen; die Annahme des Antrags wirkt vom Beginn der Versicherungspflicht an."	
21. § 312 Abs. 2 erhält folgende Fassung:	21. § 312 Abs. 2 erhält folgende Fassung:
„(2) Die Mitgliedschaft der in § 165 Abs. 1 Nr. 3 bezeichneten Versicherten endet	„(2) Die Mitgliedschaft der in § 165 Abs. 1 Nr. 3 bezeichneten Versicherten endet
1. mit dem Tode,	1. unverändert

Entwurf	Beschlüsse des 11. Ausschusses
2. mit dem Ablauf des Monats, in dem über den Wegfall des Anspruchs auf Rente *endgültig* entschieden ist,	2. mit Ablauf des Monats, in dem über den Wegfall des Anspruchs auf Rente **verbindlich** entschieden ist, **frühestens jedoch mit Ablauf des Monats, für den letztmalig Rente zu zahlen ist,**
3. bei Zubilligung einer Rente für abgelaufene Zeiträume mit Ablauf des Monats, in dem die Entscheidung unanfechtbar wird."	3. unverändert
22. § 313 wird wie folgt geändert:	22. § 313 wird wie folgt geändert:
a) In Absatz 1 wird die Bezeichnung „§ 165 Abs. 1 Nr. 4" durch die Bezeichnung „§ 165 Abs. 1 Nr. 3 oder 4" ersetzt.	a) In Absatz 1 wird die Bezeichnung „§ 165 Abs. 1 Nr. 4" durch die Bezeichnung „§ 165 Abs. 1 Nr. 3 oder 4" ersetzt; **die Worte „in seiner Lohnstufe oder Klasse" werden gestrichen.**
b) Absatz 2 Sätze 1 und 2 erhalten folgende Fassung: „Wer Mitglied bleiben will, muß es der Kasse binnen eines Monats nach Beendigung der Mitgliedschaft anzeigen. Wer jedoch in der Zeit vom elften bis zum letzten Tag dieses Monats erkrankt, hat für diese Krankheit, vorbehaltlich des § 214, Anspruch auf die Kassenleistungen nur, wenn er die Anzeige in den ersten zehn Tagen gemacht hat."	b) unverändert
c) Absatz 5 Satz 1 erhält folgende Fassung: „Der Anspruch auf Leistungen freiwillig Versicherter ruht, solange sie nach dienstrechtlichen Vorschriften Anspruch auf Heilfürsorge haben oder als Entwicklungshelfer Entwicklungsdienst leisten."	c) unverändert
	22a. § 313 a wird gestrichen.
23. § 315 a wird wie folgt geändert:	23. § 315 a wird wie folgt geändert:
a) Absatz 1 Satz 1 erhält folgende Fassung: „Als Mitglieder gelten Personen, die eine Rente aus der Rentenversicherung der Arbeiter oder der Rentenversicherung der Angestellten beantragt haben, *ohne* die Voraussetzungen für den Bezug der Rente *zu* erfüllen, *wenn* *a) sie oder die Personen, aus deren Versicherung sie ihren Rentenanspruch ableiten, seit dem 1. Januar 1950 bis zur Stellung des Rentenantrages mindestens 20 Jahre Mitglied eines Trägers der gesetzlichen Krankenversicherung waren oder* *b) sie eine Rente beziehen, bei deren Berechnung ohne Anwendung des § 1280 Abs. 1 eine Zurechnungszeit anzurechnen ist oder* *c) sie oder die Person, aus deren Versicherung sie ihren Rentenanspruch ableiten, zu den in §§ 1 oder 17 Abs. 1 des Fremd-*	a) Absatz 1 Satz 1 erhält folgende Fassung: „Als Mitglieder gelten Personen, die eine Rente aus der Rentenversicherung der Arbeiter oder der Rentenversicherung der Angestellten beantragt haben **und die in § 165 Abs. 1 Nr. 3 Buchstaben a oder b genannten Voraussetzungen, jedoch nicht** die Voraussetzungen für den Bezug der Rente erfüllen.

Entwurf | Beschlüsse des 11. Ausschusses

rentengesetzes Genannten gehören und ihren Wohnsitz in den Geltungsbereich dieses Gesetzes verlegt haben."

b) Absatz 2 Satz 2 erhält folgende Fassung:

„Sie endet mit dem Tode oder mit dem Tage, an dem der Antrag zurückgenommen oder die Ablehnung des Antrags unanfechtbar wird."

b) unverändert

c) Absatz 3 erhält folgende Fassung:

„(3) § 165 Abs. 6 und § 257 a Abs. 1, 2, 4 bis 5 gelten entsprechend."

c) unverändert

24. Nach § 315 a wird folgender § 315 b eingefügt:

„§ 315 b

Personen, die eine Rente aus der Rentenversicherung der Arbeiter oder der Rentenversicherung der Angestellten beantragt haben, können erklären, daß die Mitgliedschaft nach § 306 Abs. 2 erst mit Ablauf des Monats beginnt, in dem der die Rente gewährende Bescheid zugestellt wird; die Erklärung bewirkt auch, daß die Mitgliedschaft nach § 315 a nicht eintritt. Die Erklärung ist binnen eines Monats nach Stellung des Rentenantrags bei der zuständigen Krankenkasse abzugeben."

24. unverändert

25. In § 317 wird nach Absatz 4 folgender Absatz 4 a eingefügt:

„(4 a) Stellt einer der in § 165 Abs. 1 Nr. 3 bezeichneten Versicherten den Antrag nach § 257 a Abs. 1 Satz 2 oder Abs. 4 a, so hat die Kasse, die den Antrag annimmt, dies der zunächst zuständigen Kasse mitzuteilen."

25. unverändert

26. Vor § 319 wird folgende Überschrift eingefügt:

„3. Versicherungsnummer, Versichertenausweis, Mitgliederverzeichnis".

26. unverändert

27. Nach § 319 wird folgender § 319 a eingefügt:

„§ 319 a

Die Krankenkasse hat ein Mitgliederverzeichnis zu führen, in das die Aufzeichnungen aufzunehmen sind, die zur rechtmäßigen Erfüllung ihrer Aufgaben erforderlich sind. Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung bestimmt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates über Inhalt und Form des Mitgliederverzeichnisses."

27. unverändert

27a. § 368 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 4 Satz 2 werden nach dem Wort „Landesplanung" die Worte „sowie der Krankenhausbedarfsplanung" eingefügt.

Entwurf | Beschlüsse des 11. Ausschusses

b) Folgender Absatz 6 wird angefügt:

„(6) Die Beziehungen zwischen Kassenzahnärzten und Zahntechnikern mit Ausnahme der Vergütung sowie der Rechnungsregelung nach einheitlichen Grundsätzen regeln sich nach dem bürgerlichen Vertragsrecht. Vorschriften des bürgerlichen Vertragsrechts dürfen nur durch Vereinbarung der in § 368 g Abs. 2 bezeichneten Vertragsparteien mit den Zahntechnikern abbedungen werden. Innungen oder Innungsverbände können Vereinbarungen nach Satz 2 mit bindender Wirkung für ihre Mitglieder schließen; Nichtmitglieder können diesen Vereinbarungen beitreten."

Entwurf:

28. § 368 a Abs. 8 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden die Worte, „leitenden Krankenhausärzte (Chefärzte und Leiter selbständiger Fachabteilungen)" durch die Worte „Krankenhausärzte, welche nach den berufsrechtlichen Vorschriften zum Führen einer bestimmten Gebietsbezeichnung berechtigt sind," ersetzt.

b) In Satz 2 werden der Punkt und ein Komma ersetzt und die Worte „sowie die Erklärung des Krankenhausträgers an den Zulassungsausschuß, daß durch die beantragte Beteiligung die Krankenhausversorgung nicht beeinträchtigt wird." angefügt.

Beschlüsse des 11. Ausschusses:

28. § 368 a wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 7 werden die Worte „nach Verzicht" durch die Worte „mit dem Wirksamwerden eines Verzichts" ersetzt.

b) Absatz 8 **wird wie folgt geändert:**

aa) In Satz 1 werden die Worte „leitenden Krankenhausärzte (Chefärzte und Leiter selbständiger Fachabteilungen)" durch die Worte „Krankenhausärzte, welche nach den berufsrechtlichen Vorschriften zum Führen einer bestimmten Gebietsbezeichnung berechtigt sind," ersetzt.

bb) In Satz 2 werden der Punkt durch ein Komma ersetzt und die Worte „sowie die Erklärung des Krankenhausträgers an den Zulassungsausschuß, daß durch die beantragte Beteiligung die Krankenhausversorgung nicht beeinträchtigt wird." angefügt.

Entwurf:

29. § 368 c Abs. 2 Nr. 11 erhält folgende Fassung:

„11. den Umfang und die Dauer der Beteiligung von Krankenhausärzten sowie das Erfordernis, das Vorliegen der Voraussetzungen für die Beteiligung in bestimmten Zeitabständen zu überprüfen,".

Beschlüsse des 11. Ausschusses:

29. § 368 c Abs. 2 **wird wie folgt geändert:**

a) Nummer 11 erhält folgende Fassung:

„11. **die Voraussetzungen für die Beteiligung** von Krankenhausärzten **hinsichtlich des Nachweises der fachärztlichen Tätigkeit bei Ärzten und der Anerkennung einer vergleichbaren Tätigkeit bei Zahnärzten,** den Umfang und die Dauer der Beteiligung sowie das Erfordernis, das Vorliegen der Voraussetzungen für die Beteiligung in bestimmten Zeitabständen zu überprüfen,".

b) Nummer 12 erhält folgende Fassung:

„12. die Voraussetzungen, unter denen Ärzte oder ärztlich geleitete Einrichtungen in besonderen Fällen sowie

Entwurf | Beschlüsse des 11. Ausschusses

Krankenhäuser zur Erbringung besonderer medizinischer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die überwiegend mit Mitteln des Krankenhauses durchgeführt werden, durch die Kassenärztlichen Vereinigungen zur Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung ermächtigt werden können,".

c) Folgende Nummer 15 wird angefügt:

„15. die Bestimmung von zur Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung notwendigen angemessenen Fristen für die Beendigung der kassenärztlichen Tätigkeit bei Verzicht."

30. § 368 f wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden nach dem Wort „entrichtet" die Worte „nach Maßgabe des Gesamtvertrages" eingefügt.

b) Absätze 2, 3 und 4 erhalten folgende Fassung:

„(2) Die Höhe der Gesamtvergütung wird im Gesamtvertrag mit Wirkung für die beteiligten Krankenkassen vereinbart. Die Gesamtvergütung kann als Festbetrag oder unter Berücksichtigung des Bewertungsmaßstabes nach Einzelleistungen, nach einem Kopfpauschale, nach einem Fallpauschale oder nach einem System berechnet werden, das sich aus der Verbindung dieser oder weiterer Berechnungsarten ergibt. Dabei können auch Regelungen vorgesehen werden, durch die nur solche Leistungsausweitungen berücksichtigt werden, die medizinisch vertretbar sind.

(3) Die Vertragsparteien des Gesamtvertrages vereinbaren die Veränderung der Gesamtvergütungen. Hierbei haben sie die gesamtwirtschaftlichen Kriterien entsprechend dem jeweiligen Jahreswirtschaftsbericht der Bundesregierung und die zu erwartende Entwicklung der Praxiskosten und der für kassenärztliche Tätigkeit aufzuwendenden Arbeitszeit sowie Art und Umfang der ärztlichen Leistungen, soweit sie auf einer gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungsausweitung beruhen, zu berücksichtigen.

(4) Die Bundesverbände der Krankenkassen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben unter Berücksichtigung der in Absatz 3 genannten Gesichtspunkte einmal jährlich gemeinsam eine einheitliche Empfehlung über die angemessene Veränderung der Gesamtvergütungen abzugeben; sie soll bei den Vereinbarungen angemessen berücksichtigt werden."

30. § 368 f wird wie folgt geändert:

a) unverändert

b) Absätze 2, 3 und 4 erhalten folgende Fassung:

(2) unverändert

(3) unverändert

(4) Die Bundesverbände der Krankenkassen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben unter Berücksichtigung der in Absatz 3 genannten Gesichtspunkte einmal jährlich gemeinsam eine einheitliche Empfehlung über die angemessene Veränderung der Gesamtvergütungen abzugeben**.** **S**ie soll bei den Vereinbarungen angemessen berücksichtigt werden, **wobei besonderen regionalen Verhältnissen Rechnung getragen werden kann.**

Entwurf

c) Der bisherige Absatz 4 wird Absatz 5 und wird wie folgt geändert:

In Satz 3 wird das Semikolon durch einen Punkt ersetzt und der nachfolgende Halbsatz gestrichen.

d) Der bisherige Absatz 5 wird gestrichen.

e) Es werden folgende Absätze 6 und 7 angefügt:

„(6) Im Gesamtvertrag ist für einen zu vereinbarenden Zeitraum ein Höchstbetrag der im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung zu Lasten der beteiligten Krankenkassen zu verordnenden Arzneimittel zu bestimmen. Bei der Vereinbarung über den Arzneimittelhöchstbetrag sind insbesondere die Entwicklung der Preise der verordneten Arzneimittel und der Zahl der behandelten Personen einerseits sowie die Entwicklung der durchschnittlichen Grundlohnsumme der beteiligten Krankenkassen andererseits zu berücksichtigen. *Im Gesamtvertrag ist ferner* für den Fall, daß die Summe der Aufwendungen der beteiligten Krankenkassen für die auf kassenärztliche Verordnung abgegebenen Arzneimittel im Vereinbarungszeitraum den Höchstbetrag übersteigt, *eine Regelung über die Art und den Umfang des Ausgleichs durch Anrechnung auf die Gesamtvergütungen zu treffen. Dabei ist eine Anrechnung auszuschließen, wenn der Höchstbetrag um nicht mehr als fünf vom Hundert überschritten wird; sie ist ferner insoweit auszuschließen, als die Überschreitung des Höchstbetrages auf einen nicht voraussehbaren* Anstieg der *kassenärztlichen* Arzneimittelverordnungen infolge einer unvorgesehenen und allgemeinen erheblichen Zunahme der Krankheitshäufigkeit zurückgeht. *Wird der Höchstbetrag um mehr als fünf vom hundert überschritten, so haben die Vertragsparteien im Streitfall das Gutachten eines unabhängigen Sachverständigen über die Ursachen der Überschreitung des Höchstbetrages einzuholen und zur Grundlage der Ausgleichsregelung zu machen.* Die Regelungen zur Überwachung der Wirtschaftlichkeit der kassenärztlichen Versorgung, insbesondere zur Überprüfung der ärztlichen Verordnungsweise, bleiben unberührt. Die Krankenkassen sind verpflichtet, die hierfür erforderlichen Unterlagen zur Verfügung zu stellen. *Für die Auswahl des Sachverständigen durch die Vertragsparteien gilt § 368 i Abs. 2 Sätze 2 bis 4 entsprechend.*

(7) Die Bundesverbände der Krankenkassen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben unter Berücksichtigung der in Absatz 6 genannten Gesichtspunkte einmal jährlich gemeinsam eine einheitliche Empfehlung über die angemessene Veränderung der Arzneimittelhöchstbeträge abzugeben; sie soll bei den Vereinbarungen angemessen berücksichtigt werden."

Beschlüsse des 11. Ausschusses

c) unverändert

d) unverändert

e) Es werden folgende Absätze 6, 7 und **8** angefügt:

„(6) Im Gesamtvertrag ist für einen zu vereinbarenden Zeitraum ein Höchstbetrag der im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung zu Lasten der beteiligten Krankenkassen zu verordnenden Arzneimittel zu bestimmen. Bei der Vereinbarung über den Arzneimittelhöchstbetrag sind insbesondere die Entwicklung der Preise der verordneten Arzneimittel und der Zahl der behandelten Personen einerseits sowie die Entwicklung der durchschnittlichen Grundlohnsumme der beteiligten Krankenkassen andererseits zu berücksichtigen. Für den Fall, daß die Summe der Aufwendungen der beteiligten Krankenkassen für die auf kassenärztliche Verordnung abgegebenen Arzneimittel im Vereinbarungszeitraum den Höchstbetrag übersteigt, **haben die Vertragsparteien die Ursachen der Überschreitung festzustellen. Soweit die Überschreitung des Höchstbetrages nicht auf einen** Anstieg der Arzneimittelverordnungen infolge einer unvorhergesehenen und allgemeinen erheblichen Zunahme der Krankheitshäufigkeit zurückgeht, **haben die Vertragsparteien zu regeln, daß zusätzliche und gezielte Prüfungen der Verordnungsweise der Ärzte durchgeführt werden; der Überschreitungsbetrag soll im Wege des Einzelregresses ausgeglichen werden.** Die Regelungen zur Überwachung der Wirtschaftlichkeit der kassenärztlichen Versorgung, insbesondere zur Überprüfung der ärztlichen Verordnungsweise, bleiben unberührt. Die Krankenkassen sind verpflichtet, die hierfür erforderlichen Unterlagen zur Verfügung zu stellen.

(7) unverändert

Entwurf	Beschlüsse des 11. Ausschusses
	(8) Für die Versorgung der Versicherten und ihrer Angehörigen mit Zahnersatz und Zahnkronen müssen die Verträge über die kassenärztliche Versorgung (§ 368 g) besondere Bestimmungen über die Vergütung der zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen sowie die Rechnungsregelung nach einheitlichen Grundsätzen enthalten.“
31. § 368 g wird wie folgt geändert:	31. § 368 g wird wie folgt geändert:
a) Absätze 1 bis 4 werden durch folgende Absätze 1 bis 6 ersetzt:	a) Absätze 1 bis 4 werden durch folgende Absätze 1 bis 6 ersetzt:
„(1) Die kassenärztliche Versorgung ist im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und der Richtlinien der Bundesausschüsse durch schriftliche Verträge der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Verbänden der Krankenkassen so zu regeln, daß eine gleichmäßige, ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Kranken gewährleistet ist und die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden.	(1) unverändert
(2) Vorbehaltlich des Satzes 2 schließen die Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen mit Wirkung für die beteiligten Krankenkassen Gesamtverträge über die kassenärztliche Versorgung. *Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und die Bundesverbände der Krankenkassen schließen* Gesamtverträge *mit Wirkung* für *alle* Krankenkassen, deren Bereich sich über den Bereich einer Kassenärztlichen Vereinigung hinaus erstreckt; sie können den Abschluß den beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen übertragen.	(2) Vorbehaltlich des Satzes 2 schließen die Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen mit Wirkung für die beteiligten Krankenkassen Gesamtverträge über die kassenärztliche Versorgung Gesamtverträge für Krankenkassen, deren Bereich sich über den Bereich einer Kassenärztlichen Vereinigung hinaus erstreckt, **werden von den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen mit dem Bundesverband oder Landesverband geschlossen, dessen Mitglied die betreffende Krankenkasse ist; die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen** können den Abschluß den beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen, **die beteiligten Bundesverbände** und Landesverbände der Krankenkassen können den Abschluß **einander** übertragen. **Die beteiligten Krankenkassen sind vor Abschluß der Verträge anzuhören.**
(3) Den allgemeinen Inhalt der Gesamtverträge vereinbaren die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen mit den Bundesverbänden der Krankenkassen in Mantelverträgen (Bundesmantelverträge).	(3) unverändert
(4) Als Bestandteil der Bundesmantelverträge vereinbaren die Vertragspartner durch die Bewertungsausschüsse (§ 368 i Abs. 8) einen einheitlichen Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen und einen einheitlichen Bewertungsmaßstab für die zahnärztlichen Leistungen. Die Bewertungsmaßstäbe bestimmen den Inhalt der abrechnungsfähigen ärztlichen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander. Sie sind in bestimmten Zeitabständen auch daraufhin zu überprüfen, ob die Leistungsbeschreibungen und ihre Bewertungen noch dem Stande der medizinisch-technischen Entwicklung sowie dem Erfordernis	(4) unverändert

Entwurf | Beschlüsse des 11. Ausschusses

der Rationalisierung und Wirtschaftlichkeit entsprechen.

(5) In den Gesamtverträgen ist auch zu vereinbaren, daß die Herstellungskosten bei Zahnersatz und Zahnkronen Bestandteil der Vergütung sind.

(5) unverändert

(5 a) Die Vergütungen für zahntechnische Leistungen sind Gegenstand der Verträge über die kassenzahnärztliche Versorgung. Für die zahntechnischen Leistungen der Zahntechniker schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Vertreter der Innungen oder Innungsverbände im Benehmen mit den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen besondere Vereinbarungen über die Vergütung sowie die Rechnungsregelung nach einheitlichen Grundsätzen. Die Vereinbarungen sind für die Gesamtverträge verbindlich. § 368 Abs. 6 Satz 3 und § 368 h gelten entsprechend.

(6) Die ärztliche Behandlung bei Krankenhauspflege (stationäre Behandlung in Krankenhäusern) ist nur insoweit Gegenstand der Verträge über die kassenärztliche Versorgung, als sie durch Kassenärzte erfolgt und ihre Vergütung nicht durch das Krankenhaus aus dem Pflegesatz abgegolten wird; das gilt auch für die ärztlichen Maßnahmen bei Krankenhauspflege nach § 200 f. In den Verträgen ist *vorzusehen,* daß die Vergütung *nicht außer Verhältnis* zu dem Betrag steht, der bei Krankenhauspflege aus dem Pflegesatz für die ärztliche Behandlung berechnet werden würde."

(6) Die ärztliche Behandlung bei Krankenhauspflege (stationäre Behandlung in Krankenhäusern) ist nur insoweit Gegenstand der Verträge über die kassenärztliche Versorgung, als sie durch Kassenärzte erfolgt und ihre Vergütung nicht durch das Krankenhaus aus dem Pflegesatz abgegolten wird; das gilt auch für die ärztlichen Maßnahmen bei Krankenhauspflege nach § 200 f. In den Verträgen ist **sicherzustellen,** daß **bei der Vergütung die Besonderheiten belegärztlicher Tätigkeit berücksichtigt werden und die** Vergütung **in einem angemessenen Verhältnis** zu dem Betrag steht, der bei Krankenhauspflege aus dem Pflegesatz für die ärztliche Behandlung berechnet werden würde."

b) Der bisherige Absatz 5 wird Absatz 7.

b) unverändert

32. In § 368 h Abs. 1 Satz 1 werden nach dem Wort „hat" die Worte „, soweit es sich nicht um eine Vereinbarung nach § 368 g Abs. 4 handelt," eingefügt.

32. unverändert

33. § 368 i wird wie folgt geändert:

33. § 368 i wird wie folgt geändert:

vor a) Folgender Absatz 3 a wird eingefügt:

„(3 a) In den Fällen des § 368 g Abs. 5 a Satz 2 wirken in den Schiedsämtern für die kassenzahnärztliche Versorgung Vertreter der Zahntechniker und Krankenkassen in gleicher Zahl stimmberechtigt mit; die Vertreter der Zahnärzte nehmen an den Sitzungen beratend teil. Die Vertreter der Zahntechniker und deren Stellvertreter werden für die Landesschiedsämter von den Landesinnungsverbänden und für das Bundesschiedsamt von den Bundesorganisationen der Zahntechniker benannt. Die entsendenden Stellen treten für die Kostenverteilung an die Stelle der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen oder der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (Absatz 2 Satz 8, Abs. 3)."

Entwurf

a) Absatz 4 erhält folgende Fassung:

„(4) In den Fällen des § 368 h Abs. 1 und 2 sind die Landesschiedsämter zuständig für die Festsetzung der im §368 g Abs. 2 Satz 1 bezeichneten Gesamtverträge, die Bundesschiedsämter für die Festsetzung der im § 368 g Abs. 2 Satz 2 bezeichneten Gesamtverträge und der im § 368 g Abs. 3 bezeichneten Bundesmantelverträge."

b) In Absatz 6 Satz 2 und Absatz 7 Satz 1 werden jeweils nach den Worten „Arbeit" die Worte „und Sozialordnung" eingefügt.

c) Folgende Absätze 8, 9 und 10 werden angefügt:

„(8) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und die Bundesverbände der Krankenkassen bilden je einen Bewertungsausschuß für die ärztlichen Leistungen und für die zahnärztlichen Leistungen. Der Bewertungsausschuß besteht aus sieben von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bestellten Vertretern sowie je einem von den Bundesverbänden der Krankenkassen bestellten Vertreter; für die weitere Zusammensetzung gelten § 525 c Abs. 2 Satz 3 sowie § 204 a Abs. 1 Satz 3 des Reichsknappschaftsgesetzes. Den Vorsitz führt abwechselnd ein Vertreter der Ärzte und ein Vertreter der Krankenkassen. Der Bewertungsausschuß gibt sich eine Geschäftsordnung.

(9) Kommt im Bewertungsausschuß durch übereinstimmenden Beschluß aller Mitglieder eine Vereinbarung über den Bewertungsmaßstab ganz oder teilweise nicht zustande, so wird der Bewertungsausschuß auf Verlangen von mindestens zwei Mitgliedern um einen unparteiischen Vorsitzenden und vier weitere unparteiische Mitglieder erweitert. Für die Benennung des unparteiischen Vorsitzenden gilt Absatz 2 Sätze 2 bis 5 entsprechend. Von den weiteren unparteiischen Mitgliedern werden zwei Mitglieder von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie ein Mitglied von den Bundesverbänden der Krankenkassen und der Bundesknappschaft benannt; für die Benennung eines weiteren unparteiischen Mitglieds gilt § 525 c Abs. 2 Satz 3.

(10) Der erweiterte Bewertungsausschuß setzt mit der Mehrheit seiner Mitglieder die Vereinbarung fest. § 368 h Abs. 1 Satz 3 gilt entsprechend."

Beschlüsse des 11. Ausschusses

a) Absatz 4 erhält folgende Fassung:

„(4) In den Fällen des § 368 h Abs. 1 und 2 sind die Landesschiedsämter zuständig für die Festsetzung der im § 368 g Abs. 2 Satz 1 bezeichneten Gesamtverträge, die Bundesschiedsämter für die Festsetzung der in § 368 g Abs. 2 Satz 2 bezeichneten Gesamtverträge und der im § 368 g Abs. 3 bezeichneten Bundesmantelverträge. **Satz 1 gilt in den Fällen des § 368 g Abs. 5 a Satz 2 entsprechend."**

b) In Absatz 6 Satz 2 und Absatz 7 Satz 1 werden jeweils nach den Worten „Arbeit" die Worte „und Sozialordnung" eingefügt; **in Absatz 7 wird nach dem letzten Satz der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgender Satzteil angefügt:**

„5. das Verfahren im einzelnen entsprechend der Regelung nach Absatz 4."

c) unverändert

Entwurf	Beschlüsse des 11. Ausschusses
34. § 368 n wird wie folgt geändert:	34. § 368 n wird wie folgt geändert:
a) Dem Absatz 2 werden folgende Sätze 4 und 5 angefügt: „Die Vereinigungen haben auch die ärztliche Versorgung von Personen sicherzustellen, die auf Grund dienstrechtlicher Vorschriften über die Gewährung von Heilfürsorge einen Anspruch auf unentgeltliche ärztliche Versorgung haben, soweit die Erfüllung dieses Anspruchs nicht auf andere Weise gewährleistet ist; die ärztlichen Leistungen sind so zu vergüten, wie die Ortskrankenkasse am jeweiligen Niederlassungsort der Ärzte die kassenärztlichen Leistungen vergütet. Satz 4 gilt entsprechend für ärztliche Untersuchungen zur Durchführung der Allgemeinen Wehrpflicht."	a) unverändert
b) In Absatz 4 Satz 1 wird die Bezeichnung „Abs. 3" durch die Bezeichnung „Abs. 2 Satz 2" ersetzt.	b) unverändert
c) Absatz 5 *wird wie folgt geändert:* *aa) In Satz 1 werden das Komma durch ein Semikolon und der nachfolgende Satzteil durch folgenden Halbsatz ersetzt:* *„den Ausschüssen gehört auch ein von den Krankenkassen beauftragter Arzt an.";* *bb) Satz 2 erhält folgende Fassung:* *„Die Vertragspartner können Vereinbarungen über eine von Satz 1 abweichende Zusammensetzung der Ausschüsse sowie über das Verfahren hinsichtlich des Nachweises und der Prüfung der einzelnen Leistungen der Ärzte treffen."*	c) Absatz 5 **erhält folgende Fassung:** **(5) Zur Überwachung der Wirtschaftlichkeit der kassenärztlichen Versorgung im einzelnen errichten die Kassenärztlichen Vereinigungen nach näherer Bestimmung der Satzungen Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse. Den Ausschüssen gehören Vertreter der Ärzte und Krankenkassen in gleicher Zahl an, wobei den Vorsitz jährlich wechselnd ein Vertreter der Ärzte oder ein Vertreter der Krankenkassen führt, dessen Stimme bei Stimmengleichheit den Ausschlag gibt. Die Vertragsparteien des Gesamtvertrages vereinbaren das Verfahren zur Überwachung und Prüfung der Wirtschaftlichkeit sowie das Verfahren vor den Ausschüssen. Gegen die Entscheidungen der Prüfungsausschüsse können die betroffenen Ärzte, die Landesverbände der Krankenkassen oder die Kassenärztlichen Vereinigungen den Beschwerdeausschuß anrufen. Die Anrufung hat aufschiebende Wirkung. Für das Verfahren finden § 84 Abs. 1 und § 85 Abs. 3 des Sozialgerichtsgesetzes Anwendung. Das Verfahren vor dem Beschwerdeausschuß gilt als Vorverfahren im Sinne des § 78 des Sozialgerichtsgesetzes.**
d) Absatz 6 wird gestrichen; die bisherigen Absätze 7 und 8 werden Absätze 6 und 7.	d) unverändert
e) Folgender Absatz 8 wird angefügt: „(8) Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben darauf hinzuwirken, daß medizinisch-technische Leistungen, die der Arzt zur Unterstützung seiner Maßnahmen benötigt, wirtschaftlich erbracht werden. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen ermöglichen, solche Leistungen im Rahmen der kassen-	e) unverändert

Entwurf

ärztlichen Versorgung von Gemeinschaftseinrichtungen der niedergelassenen Ärzte zu beziehen, wenn eine solche Erbringung medizinischen Erfordernissen genügt."

35. § 368 p Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) *Nach dem Wort „Heilmitteln" werden die Worte „und das hierbei durch den an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt zu beachtende Erfordernis eines Preisvergleichs" eingefügt.*

b) Folgender *Satz 2* wird angefügt:

„Die Bundesausschüsse haben unter Berücksichtigung der Therapiefreiheit und der Zumutbarkeit für die Versicherten in Richtlinien auch zu beschließen, welche Arzneimittel oder Arzneimittelgruppen, die ihrer allgemeinen Anwendung nach bei geringfügigen Gesundheitsstörungen verordnet werden, nicht oder nur bei Vorliegen besonderer Voraussetzungen zu Lasten der Krankenkasse verordnet werden dürfen."

35a. In § 368 q Abs. 3 wird die Bezeichnung „Nr. 2 und 4" gestrichen.

36. Die §§ 371 und 372 erhalten folgende Fassung:

„§ 371

(1) Die Krankenkassen haben Krankenhauspflege durch die Krankenhäuser zu gewähren, die sich gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen hierzu bereit erklärt haben und mit denen ein Vertrag über die Erbringung von Krankenhauspflege geschlossen ist.

(2) Die Landesverbände sind berechtigt, die Erklärung binnen drei Monaten abzulehnen, wenn eine Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses wirtschaftliche Krankenhauspflege nicht gegeben ist und die Ziele des Krankenhausbedarfsplanes gefährdet werden. Soweit möglich, ist den religiösen Bedürfnissen der Kranken Rechnung zu tragen. Die Ablehnung der Bereiterklärung des Krankenhauses oder die Auflösung des Vertrages bedürfen der Zustimmung der zuständigen Aufsichtsbehörden.

Beschlüsse des 11. Ausschusses

35. § 368 p wird wie folgt geändert:

a) **Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:**

„Die Richtlinien über die Verordnung von Arznei- und Heilmitteln haben Arznei- und Heilmittel so zusammenzustellen, daß dem Arzt der Preisvergleich und die Auswahl therapiegerechter Verordnungsmengen ermöglicht wird."

b) Folgender **Absatz 8** wird angefügt:

„**(8)** Die Bundesausschüsse haben unter Berücksichtigung der Therapiefreiheit und der Zumutbarkeit für die Versicherten in Richtlinien zu beschließen, welche Arzneimittel oder Arzneimittelgruppen, **Verband- und Heilmittel,** die ihrer allgemeinen Anwendung nach bei geringfügigen Gesundheitsstörungen verordnet werden, nicht oder nur bei Vorliegen besonderer Voraussetzungen zu Lasten der Krankenkasse verordnet werden dürfen. **Die Bundesausschüsse haben hierzu auch Sachverständige der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaft und Praxis sowie der pharmazeutischen Industrie und der Berufsvertretungen der Apotheker anzuhören. Die Richtlinien bedürfen der Zustimmung des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung. Absatz 2 Sätze 1 und 3 sowie Absatz 3 gelten entsprechend."**

35a. unverändert

36. Die §§ 371 und 372 erhalten folgende Fassung:

„§ 371

unverändert

Entwurf

(3) Für die in § 414 Abs. 3 Satz 2 der Reichsversicherungsordnung genannten Krankenkassen nimmt die Aufgaben der Bundesverband der Betriebskrankenkassen wahr; er kann diese auf die Krankenkassen übertragen.

§ 372

Die Landesverbände schließen *mit Wirkung für ihre Mitgliedskassen* mit den Krankenhäusern Verträge über die Krankenhauspflege, *unbeschadet der für die Pflegesätze geltenden Regelungen des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze.* Die Verträge können auch Regelungen über zeitlich begrenzte vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus vorsehen, die bei Krankenhauspflege (§§ 184, 184 a) erforderlich sind. § 371 Abs. 3 gilt entsprechend."

Beschlüsse des 11. Ausschusses

§ 372

Die Landesverbände **der Krankenkassen im Benehmen mit den Krankenkassen** schließen mit den Krankenhausträgern Verträge über die **allgemeinen Bedingungen der** Krankenhauspflege **in den Vertragskrankenhäusern, insbesondere über Aufnahme und Entlassung, Mitwirkung der Vertrauensärzte, Mitteilungen, Berichte und Bescheinigungen, Beurlaubungen, Rechnungslegung und Zahlungstermine.** Die Verträge können auch **allgemeine** Regelungen über zeitlich begrenzte vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus vorsehen, die bei Krankenhauspflege (§§ 184, 184 a) erforderlich sind. **Die Verträge wirken für und gegen alle Krankenkassen. Die Krankenhausträger können sich durch ihre Landesverbände vertreten lassen.** § 371 Abs. 3 gilt entsprechend."

37. § 381 Abs. 4 wird gestrichen.

37. unverändert

38. § 385 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 erhält folgende Fassung:

„(2) Die Summe der Beiträge der Träger der Rentenversicherung der Arbeiter und der Rentenversicherung der Angestellten für die in § 165 Abs. 1 Nr. 3 bezeichneten Versicherten beträgt 11,7 vom Hundert der Summe der von den Trägern der Rentenversicherung der Arbeiter und der Rentenversicherung der Angestellten gezahlten Rentenbeträge, vermindert um die Summe der Beitragszuschüsse nach § 1304 e, nach § 83 e des Angestelltenversicherungsgesetzes und nach § 95 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte, der Beiträge nach § 63 Abs 3 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte und der Erstattungen nach § 157 Abs. 4 des Arbeitsförderungsgesetzes."

b) Absatz 3 wird gestrichen.

38. unverändert

39. § 389 Abs. 2 wird wie folgt geändert:

a) Sätze 2 und 3 werden gestrichen.

b) Folgender Satz 2 wird angefügt:

„Ist das nicht möglich oder reichen trotz der Vereinigung die Beiträge nicht aus, so sind durch Satzungsänderung die Beiträge so zu erhöhen, daß sie, die anderen Einnahmen eingerechnet, für die zulässigen Ausgaben der Kasse ausreichen."

39. unverändert

Entwurf

40. § 393 a erhält folgende Fassung:

„§ 393 a

Die Träger der Rentenversicherung der Arbeiter und der Rentenversicherung der Angestellten haben die Beiträge nach § 381 Abs. 2 monatlich an die Krankenkassen und Ersatzkassen zu leisten, die nach § 393 b Abs. 1 Satz 3 berechtigt sind."

41. § 393 b erhält folgende Fassung:

„§ 393 b

(1) Die durch Beiträge nach § 381 Abs. 2 nicht gedeckten Leistungsaufwendungen für die in § 165 Abs. 1 Nr. 3 bezeichneten Versicherten der Krankenkassen und Ersatzkassen werden von diesen als Finanzierungsanteil der Krankenversicherung gemeinsam getragen. Der Finanzierungsanteil ist mit den Beiträgen für die nicht in § 165 Abs. 1 Nummern 3, 5 und 6 bezeichneten Versicherten in einem Vomhundertsatz des Grundlohns aufzubringen, der dem Verhältnis der durch Beiträge nicht gedeckten Leistungsaufwendungen aller Kassen für die in Satz 1 bezeichneten Versicherten zur Grundlohnsumme der Mitglieder aller Kassen entspricht. Übersteigen die Leistungsaufwendungen einer Krankenkasse oder Ersatzkasse den Betrag, den die Krankenkasse oder Ersatzkasse nach Satz 2 aufzubringen hat, so hat sie in Höhe des Unterschiedsbetrages Anspruch auf Beiträge nach § 381 Abs. 2 und auf die überschießenden Beträge nach Satz 4. Übersteigt der Betrag, den die Krankenkasse oder Ersatzkasse nach Satz 2 aufzubringen hat, die Leistungsaufwendungen, so steht der überschießende Betrag den Krankenkassen und Ersatzkassen zu, deren Leistungsaufwendungen ihren Finanzierungsanteil übersteigen. Für die Berechnung der Grundlohnsumme der Mitglieder aller Kassen bleiben die in § 165 Abs. 1 Nummern 3, 5 und 6 bezeichneten Versicherten außer Betracht. Bei der Feststellung der Leistungsaufwendungen bleibt die Zahlung von Sterbegeld außer Betracht.

(2) Das Bundesversicherungsamt ermittelt den Vomhundertsatz nach Absatz 1 Satz 2 und gibt ihn bekannt. Es stellt jeweils im Voraus für ein Kalenderhalbjahr den Vomhundertsatz vorläufig fest. Bei der Berechnung der monatlich auf sie entfallenden Finanzierungsanteile legen die Krankenkassen und die Ersatzkassen diesen Vomhundertsatz, die voraussichtlichen Leistungsaufwendungen für die in § 165 Abs. 1 Nr. 3 bezeichneten Versicherten und die voraussichtliche Grundlohnsumme zugrunde; Absatz 1 Satz 5 gilt. Nach Ablauf des Kalenderjahres ist der hierfür maßgebliche Vomhundertsatz aus den für dieses Jahr erstellten Geschäfts- und

Beschlüsse des 11. Ausschusses

40. unverändert

41. § 393 b erhält folgende Fassung:

„§ 393 b

(1) Die durch Beiträge nach § 381 Abs. 2 nicht gedeckten Leistungsaufwendungen für die in § 165 Abs. 1 Nr. 3 bezeichneten Versicherten der Krankenkassen und Ersatzkassen werden von diesen als Finanzierungsanteil der Krankenversicherung gemeinsam getragen. Der Finanzierungsanteil ist mit den Beiträgen für die nicht in § 165 Abs. 1 Nummern 3, 5 und 6 bezeichneten Versicherten in einem Vomhundertsatz des Grundlohns aufzubringen, der dem Verhältnis der durch Beiträge nicht gedeckten Leistungsaufwendungen aller Kassen für die in Satz 1 bezeichneten Versicherten zur Grundlohnsumme der Mitglieder aller Kassen entspricht. Übersteigen die Leistungsaufwendungen einer Krankenkasse oder Ersatzkasse den Betrag, den die Krankenkasse oder Ersatzkasse nach Satz 2 aufzubringen hat, so hat sie in Höhe des Unterschiedsbetrages Anspruch auf Beiträge nach § 381 Abs. 2 und auf die überschießenden Beträge nach Satz 4. Übersteigt der Betrag, den die Krankenkasse oder Ersatzkasse nach Satz 2 aufzubringen hat, die Leistungsaufwendungen, so steht der überschießende Betrag den Krankenkassen und Ersatzkassen zu, deren Leistungsaufwendungen ihren Finanzierungsanteil übersteigen. Für die Berechnung der Grundlohnsumme der Mitglieder aller Kassen bleiben die in § 165 Abs. 1 Nummern 3, 5 und 6 bezeichneten Versicherten außer Betracht. Bei der Feststellung der Leistungsaufwendungen bleibt die Zahlung von Sterbegeld außer Betracht, **soweit dieses die Regelleistung übersteigt.**

(2) unverändert

Entwurf	Beschlüsse des 11. Ausschusses
Rechnungsergebnissen der Krankenkassen und Esatzkassen und der Träger der Rentenversicherung der Arbeiter und der Rentenversicherung der Angestellten zu ermitteln. Die nach Satz 3 geleisteten Zahlungen gelten als Abschlagszahlungen; sie sind nach Bekanntgabe des Vomhundertsatzes nach Satz 4 mit den endgültig für das Geschäftsjahr zu leistenden Zahlungen auszugleichen."	
42. Folgender § 393 c wird eingefügt:	42. unverändert
„§ 393 c	
Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung regelt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Ermittlung der Vomhundertsätze nach § 393 b, über die Berechnung und Zahlung der auf die Krankenkassen und Ersatzkassen nach § 381 Abs. 2 entfallenden Beiträge, über die Durchführung des Verfahrens sowie über die hierfür von den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung und den Trägern der Rentenversicherung mitzuteilenden Angaben."	
43. Der bisherige § 393 c wird § 393 d.	43. unverändert
44. § 414 b wird wie folgt geändert:	44. § 414 b wird wie folgt geändert:
a) In Absatz 2 wird die Bezeichnung „§ 368 g Abs. 2 Satz 2" durch die Bezeichnung „§ 368 g Abs. 3" ersetzt.	a) unverändert
b) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2 a eingefügt:	b) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2 a eingefügt:
„(2 a) Die Satzungen der Landesverbände können einen Finanzausgleich unter den Mitgliedskassen für den Fall vorsehen, daß der Bedarfssatz einer Kasse den durchschnittlichen Bedarfssatz aller Mitgliedskassen um mehr als fünf vom Hundert überschreitet. *Sie haben den Finanzausgleich für den Fall vorzusehen, daß der Bedarfssatz einer Kasse den durchschnittlichen Bedarfssatz aller Mitgliedskassen um mehr als fünfzehn vom Hundert überschreitet.* Bedarfssatz ist das Verhältnis der Ausgaben für Leistungen ohne die Leistungen für die in § 165 Abs. 1 Nr. 3 bezeichneten Versicherten zur Summe der Grundlöhne im abgelaufenen Geschäftsjahr. Die Ausgaben sind dabei zu mindern um die von Dritten zu erstattenden Ausgaben für Leistungen, um die Ausgaben für Mehrleistungen, für Zahnersatz und Zahnkronen und für Leistungen, auf die kein Rechtsanspruch besteht. Für den Finanzausgleich erheben die Landesverbände von *ihren* Mitgliedern eine Umlage. Die Satzung des Landesverbandes bestimmt das Nähere über die Durchführung des Finanzausgleichs. Der Landesverband kann Feststellungen darüber treffen, auf wel-	„(2 a) Die Satzungen der Landesverbände können einen Finanzausgleich unter den Mitgliedskassen, **deren Kassenbezirke innerhalb eines Landes liegen,** für den Fall vorsehen, daß der Bedarfssatz einer Kasse den durchschnittlichen Bedarfssatz aller **beteiligten** Mitgliedskassen um mehr als fünf vom Hundert überschreitet. Bedarfssatz ist das Verhältnis der Ausgaben für Leistungen ohne die Leistungen für die in § 165 Abs. 1 Nr. 3 bezeichneten Versicherten zur Summe der Grundlöhne im abgelaufenen Geschäftsjahr. Die Ausgaben sind dabei zu mindern um die von Dritten zu erstattenden Ausgaben für Leistungen, um die Ausgaben für Mehrleistungen, für Zahnersatz und Zahnkronen und für Leistungen, auf die kein Rechtsanspruch besteht. Für den Finanzausgleich erheben die Landesverbände von **den beteiligten** Mitgliedern eine Umlage. Die Satzung des Landesverbandes bestimmt das Nähere über die Durchführung des Finanzausgleichs. Der Landesverband kann Feststellungen darüber treffen, auf welche Ursachen die Überschreitung des durchschnittlichen Bedarfssatzes zurückzuführen ist."

Entwurf	Beschlüsse des 11. Ausschusses
che Ursachen die Überschreitung des durchschnittlichen Bedarfssatzes zurückzuführen ist."	
45. In § 478 Abs. 2 werden die Worte „von drei Wochen und die im § 195 a Abs. 7 bestimmte Frist von sechs Wochen" gestrichen.	45. unverändert
46. In § 507 Abs. 4 wird nach der Bezeichnung „§§ 180 bis 181 b," die Bezeichnung „§ 182 Abs. 1 Nr. 1 Buchstabe b, §§" eingefügt.	46. unverändert
47. Nach § 509 wird folgender § 509 a eingefügt: „§ 509 a Die Ersatzkassen können miteinander eine Umlage vereinbaren, um die Kosten insbesondere für aufwendige Leistungsfälle ganz oder teilweise zu decken."	47. unverändert
48. § 514 Absätze 2 bis 4 erhalten folgende Fassung: „(2) Die §§ 238, 257 a bis 257 d, 306 Abs. 2 bis 5, §§ 311, 312 Abs. 2 bis 6, § 313 Abs. 2 und 5, § 315 a bis 316, 317 Abs. 4 bis 6, §§ 318, 381 Abs. 2 und 3 Satz 2 und 3, §§ 381 a, 385 Abs. 2, 393 a bis 393 d gelten entsprechend. (3) Für Mitglieder der Ersatzkasse, deren Arbeitsentgelt die in § 180 Abs. 1 Satz 3 genannte Grenze nicht übersteigt, gilt § 385 Abs. 1. Für Mitglieder, deren Arbeitsentgelt die in § 180 Abs. 1 Satz 3 genannte Grenze übersteigt, ist der Beitrag mindestens nach dem Betrag dieser Grenze zu bemessen. (4) Mitglieder der Ersatzkasse, die aus der Versicherungspflicht nach § 165 Abs. 1 Nr. 3 oder 4 ausscheiden, können die Mitgliedschaft fortsetzen."	48. unverändert
49. § 515 wird gestrichen.	49. unverändert
50. § 516 a wird wie folgt geändert: a) Der bisherige Wortlaut wird Absatz 1. b) Folgender Absatz 2 wird angeführt: „(2) § 319 a gilt."	50. unverändert
51. § 525 c wird wie folgt geändert: a) Folgender Absatz 2 wird eingefügt: „(2) Für die Verträge der Ersatzkassen über die vertragsärztliche Versorgung gelten § 368 f Abs. 1 bis 3, 5 und 6 sowie § 368 g sinngemäß; § 368 f Abs. 4 und 7 gelten mit der Maßgabe, daß an der gemeinsamen Abgabe der einheitlichen Empfehlungen auch	51. unverändert

Entwurf

Beschlüsse des 11. Ausschusses

die nach § 525 a gebildeten Verbände der Ersatzkassen mitzuwirken haben. Im übrigen nehmen die in diesen Vorschriften den Bundesverbänden und Landesverbänden der Krankenkassen zugewiesenen Aufgaben die Verbände der Ersatzkassen wahr; sie können, soweit es sich um Aufgaben der Landesverbände handelt, diese auf eine im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung von den Ersatzkassen gebildete Arbeitsgemeinschaft oder eine Ersatzkasse übertragen. § 368 i Abs. 8 bis 10 gelten mit der Maßgabe, daß die nach § 525 a gebildeten Verbände je zwei Vertreter für die Bewertungsausschüsse bestellen und ein unparteiisches Mitglied benennen."

b) Der bisherige Absatz 2 wird Absatz 3.

c) Der bisherige Absatz 3 wird Absatz 4 und wird wie folgt geändert:

aa) Folgender Satz 1 wird eingefügt:

„Für Verträge über Krankenhauspflege gelten §§ 371 und 372; Absatz 2 Satz 2 gilt entsprechend.";

bb) Der bisherige einzige Satz wird Satz 2.

52. § 1504 Abs. 1 erhält folgende Fassung:

„(1) Ist eine Krankheit die Folge eines Arbeitsunfalls, den der Träger der Unfallversicherung zu entschädigen hat, so hat dieser, wenn der Verletzte bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist, dem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung die Kosten mit Ausnahme des Sterbegeldes zu erstatten, die nach Ablauf des 18. Tages nach dem Arbeitsunfall entstehen. Ausgenommen sind die Kosten der Krankenpflege (§ 182 Abs. 1 Nr. 1), Die Kosten der Krankenhauspflege sind vom ersten Tag an zu erstatten."

§ 2

Änderung des Reichsknappschaftsgesetzes

Das Reichsknappschaftsgesetz vom 23. Juni 1923 in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 822 — 1, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 1 § 2 des Gesetzes vom 28. Dezember 1976 (BGBl. I S. 3871), wird wie folgt geändert:

§ 204 a wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 1 werden folgende Sätze angefügt:

„Soweit die ärztliche Versorgung durch Kassenärztliche Vereinigungen sichergestellt wird, gelten §§ 368 f und 368 g der Reichsversicherungsordnung entsprechend. Die in diesen Vorschriften den Bundesverbänden und Landesverbänden

§ 2

Änderung des Reichsknappschaftsgesetzes

Das Reichsknappschaftsgesetz vom 23. Juni 1923 in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 822 — 1, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 1 § 2 des Gesetzes vom 28. Dezember 1976 (BGBl. I S. 3871), wird wie folgt geändert:

§ 204 a wird wie folgt geändert:

a) unverändert

Entwurf

der Krankenkassen zugewiesenen Aufgaben nimmt die Bundesknappschaft wahr; an der gemeinsamen Abgabe der einheitlichen Empfehlungen nach § 368 f Abs. 4 und 7 der Reichsversicherungsordnung hat sie mitzuwirken. § 368 i Abs. 8 bis 10 der Reichsversicherungsordnung gelten mit der Maßgabe, daß die Bundesknappschaft je einen Vertreter für die Bewertungsausschüsse bestellt und gemeinsam mit den Bundesverbänden der Krankenkassen ein unparteiisches Mitglied benennt."

b) Folgender Absatz 3 wird angefügt:

„(3) Für Verträge über Krankenhauspflege gelten §§ 371 und 372 der Reichsversicherungsordnung entsprechend; die in diesen Vorschriften den Landesverbänden der Krankenkassen zugewiesenen Aufgaben nimmt die Bundesknappschaft wahr."

§ 3

Änderung des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte

Das Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte vom 10. August 1972 (BGBl. I S. 1433), zuletzt geändert durch Artikel 1 § 3 des Gesetzes vom 28. Dezember 1976 (BGBl. I S. 3871), wird wie folgt geändert:

1. In § 3 Satz 2 Nr. 2 sind nach den Worten „des Reichsknappschaftsgesetzes" die Worte „sowie für die in Artikel 2 § 1 des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes vom .... (BGBl. I S. ....)" einzufügen.

2. § 4 Abs. 3 Satz 2 erhält folgende Fassung:

„Als Zuschuß ist ein Betrag in Höhe eines Achtzehntels des Monatsbetrages der Bezugsgröße zu zahlen; der Betrag ist auf volle Deutsche Mark aufzurunden."

3. In § 6 Abs. 1 Nr. 2 werden die Worte „Kinder eines Versicherten" durch das Wort „Personen" ersetzt.

Beschlüsse des 11. Ausschusses

b) unverändert

§ 3

Änderung des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte

Das Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte vom 10. August 1972 (BGBl. I S. 1433), zuletzt geändert durch Artikel 1 § 3 des Gesetzes vom 28. Dezember 1976 (BGBl. I S. 3871), wird wie folgt geändert:

1. unverändert

2. unverändert

3. § 6 **wird wie folgt geändert:**

a) Absatz 1 Nr. 2 **erhält folgende Fassung:**

„2. Personen, **für die der Anspruch auf Familienhilfe erlischt oder nur deswegen nicht besteht, weil die Voraussetzungen des § 32 Abs. 1 Satz 2 vorliegen."**

b) In Absatz 2 werden nach den Worten „Anspruchs auf Familienhilfe" die Worte „oder nach dem Beginn ihrer Unterhaltsberechtigung gegenüber dem Versicherten" eingefügt.

Entwurf

4. § 11 erhält folgende Fassung:

„§ 11

Die Satzung kann

1. Zuschüsse zu den Kosten für Kuren vorsehen, wenn diese nach vertrauensärztlicher Begutachtung erforderlich und geeignet sind,
   a) eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen oder
   b) eine *drohende Störung* der normalen Entwicklung eines Kindes *zu verhindern,* und diese Kur im Geltungsbereich dieses Gesetzes erbracht wird,
2. andere Maßnahmen zur Verhütung von Erkrankungen der einzelnen Kassenmitglieder vorsehen."

5. § 13 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) Nummer 2 erhält folgende Fassung:

„2. Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heilmitteln und Brillen, soweit sie nicht durch Richtlinien der Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen eingeschränkt ist."

b) In Nummer 4 werden die Worte „oder Übernahme der gesamten Kosten" gestrichen.

6. § 14 *wird wie folgt geändert:*

a) In Absatz 1 werden die Worte „2,50 Deutsche Mark" durch die Worte „3,50 Deutsche Mark" ersetzt.

b) Absatz 2 erhält folgende Fassung:

„(2) Von der Zahlung nach Absatz 1 sind Versicherte befreit, die wegen länger dauernder Krankheit laufend Arzneimittel benötigen. Das Nähere bestimmt der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen durch Richtlinien."

7. § 16 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 erhält folgende Fassung:

„(1) Die Satzung bestimmt die Höhe der Zuschüsse zu den Kosten für Zahnersatz und Zahnkronen. Die Zuschüsse dürfen achtzig vom Hundert der Kosten nicht übersteigen. *Hätte der Versicherte danach mehr als 500 Deutsche Mark zu zahlen, übernimmt die Krankenkasse auch den überschießenden Betrag."*

Beschlüsse des 11. Ausschusses

4. § 11 erhält folgende Fassung:

„§ 11

Die Satzung kann

1. Zuschüsse zu den Kosten für Kuren vorsehen, wenn diese nach vertrauensärztlicher Begutachtung erforderlich und geeignet sind,
   a) unverändert
   b) einer **Gefährdung** der normalen Entwicklung eines Kindes **entgegenzuwirken,** und diese Kur im Geltungsbereich dieses Gesetzes erbracht wird,
2. unverändert

5. § 13 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) Nummer 2 erhält folgende Fassung:

„2. Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heilmitteln und Brillen, soweit sie nicht durch **Satzung entsprechend den** Richtlinien der Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen **gemäß § 368 p der Reichsversicherungsordnung** eingeschränkt ist."

b) unverändert

6. § 14 **erhält folgende Fassung:**

„§ 14

Bei der Abnahme von Arznei-, Verband- und Heilmitteln hat der Versicherte eine Deutsche Mark für jedes verordnete Mittel an die abgebende Stelle zu zahlen. Die Krankenkasse kann in besonderen Härtefällen, vor allem, wenn laufend Arznei-, Verband- und Heilmittel benötigt werden, von der Zahlung nach Satz 1 befreien."

7. § 16 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 erhält folgende Fassung:

„(1) Die Satzung bestimmt die Höhe der Zuschüsse zu den Kosten für Zahnersatz und Zahnkronen. Die Zuschüsse dürfen achtzig vom Hundert der Kosten nicht übersteigen. **Die Krankenkasse kann in besonderen Härtefällen den vom Versicherten zu zahlenden Restbetrag ganz oder teilweise übernehmen."**

Entwurf

b) Folgender Absatz 4 wird angefügt:

„(4) Die Satzung kann vorsehen, daß der Versicherte bei kieferorthopädischer Behandlung bis zu 20 vom Hundert der Kosten, höchstens jedoch *500 Deutsche Mark* je Leistungsfall an die Krankenkasse zu zahlen hat. *Der Betrag ist dem Versicherten zu erstatten, wenn die Behandlung in dem durch den Behandlungsplan bestimmten Umfang abgeschlossen ist.*"

8. § 17 Abs. 2 erhält folgende Fassung:

„(2) Der Versicherte kann unter den Krankenhäusern wählen, mit denen Verträge über die Erbringung von Krankenhauspflege bestehen (Vertragskrankenhäuser). Wird ohne zwingenden Grund ein anderes als eines der nächsterreichbaren geeigneten Vertragskrankenhäuser in Anspruch genommen, so hat der Versicherte die Mehrkosten zu tragen."

9. Dem § 21 b Abs. 1 werden folgende Sätze angefügt:

„Die Fahrkosten werden nur übernommen, wenn sie je einfache Fahrt mehr als 3,50 Deutsche Mark betragen. Die Satzung kann vorsehen, daß unter den von ihr bestimmten Voraussetzungen abweichend von Satz 2 Fahrkosten übernommen werden."

10. § 22 Nr. 3 erhält folgende Fassung:

„3. Pauschbeträge für die Inanspruchnahme ärztlicher Betreuung,"

11. § 25 erhält folgende Fassung:

„§ 25

Die Versicherte erhält nach der Entbindung einen Pauschbetrag von einhundert Deutsche Mark, wenn sie die zur ausreichenden und zweckmäßigen ärztlichen Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung gehörenden Untersuchungen (§ 23) in Anspruch genommen hat. Der Anspruch auf den Pauschbetrag bleibt unberührt, wenn Untersuchungen aus einem von der Versicherten nicht zu vertretenden Grund nicht durchgeführt wurden."

Beschlüsse des 11. Ausschusses

b) Folgender Absatz 4 wird angefügt:

„(4) Die Satzung kann vorsehen, daß der Versicherte bei kieferorthopädischer Behandlung bis zu 20 vom Hundert der Kosten, höchstens jedoch **einen Betrag in Höhe eines Viertels der monatlichen Bezugsgröße** je Leistungsfall an die Krankenkasse zu zahlen hat. **Sie kann dabei bestimmen, daß**

a) der Betrag dann an die Krankenkasse zu zahlen ist, wenn die Behandlung abgebrochen wird, bevor sie in dem durch den Behandlungsplan bestimmten medizinisch erforderlichen Umfang abgeschlossen worden ist, oder

b) die Zuzahlung laufend während der Behandlung zu zahlen und dem Versicherten zu erstatten ist, wenn die Behandlung in dem durch den Behandlungsplan bestimmten medizinisch erforderlichen Umfang abgeschlossen worden ist."

8. unverändert

9. unverändert

10. unverändert

11. § 25 erhält folgende Fassung:

„§ 25

Die Versicherte erhält nach der Entbindung einen Pauschbetrag von einhundert Deutsche Mark, wenn sie **im Geltungsbereich dieses Gesetzes entbunden und** die zur ausreichenden und zweckmäßigen ärztlichen Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung gehörenden Untersuchungen (§ 23) in Anspruch genommen hat. Der Anspruch auf den Pauschbetrag bleibt unberührt, wenn Untersuchungen aus einem von der Versicherten nicht zu vertretenden Grund nicht durchgeführt wurden."

Entwurf	Beschlüsse des 11. Ausschusses
12. § 32 wird wie folgt geändert:	12. § 32 wird wie folgt geändert:
a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Worte „und sich gewöhnlich im Inland aufhalten" durch die Worte „sich im Geltungsbereich dieses Gesetzes aufhalten und kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Fünftel der monatlichen Bezugsgröße überschreitet" ersetzt.	a) unverändert
b) Dem Absatz 1 werden folgende Sätze angefügt: „Für Kinder besteht kein Anspruch auf Leistungen nach Satz 1, wenn der mit den Kindern verwandte Ehegatte des Versicherten nicht Mitglied bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung ist und sein Gesamteinkommen regelmäßig im Monat ein Zwölftel der Jahresarbeitsverdienstgrenze (§ 165 Abs. 1 Nr. 2 der Reichsversicherungsordnung) übersteigt und regelmäßig höher als das Gesamteinkommen des Versicherten ist. Bei der Feststellung des Gesamteinkommens des Ehegatten bleibt das Einkommen außer Betracht, das die Ehegatten aus dem von ihnen gemeinsam betriebenen landwirtschaftlichen Unternehmen erzielen. Das Einkommen eines Kindes aus dem landwirtschaftlichen Unternehmen, in dem es Mitunternehmer ist, ohne als landwirtschaftlicher Unternehmer zu gelten, bleibt außer Betracht."	b) Dem Absatz 1 werden folgende Sätze angefügt: „Für Kinder besteht kein Anspruch auf Leistungen nach Satz 1, wenn der mit den Kindern verwandte Ehegatte des Versicherten nicht Mitglied bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung ist und sein Gesamteinkommen regelmäßig im Monat ein Zwölftel der Jahresarbeitsverdienstgrenze (§ 165 Abs. 1 Nr. 2 der Reichsversicherungsordnung) übersteigt und regelmäßig höher als das Gesamteinkommen des Versicherten ist. Bei der Feststellung des Gesamteinkommens des Ehegatten bleibt das Einkommen außer Betracht, das die Ehegatten aus dem von ihnen gemeinsam betriebenen landwirtschaftlichen Unternehmen **oder aus der gemeinsamen Tätigkeit als mitarbeitende Familienangehörige** erzielen. Das Einkommen eines Kindes aus dem landwirtschaftlichen Unternehmen, in dem es Mitunternehmer ist, ohne als landwirtschaftlicher Unternehmer zu gelten, bleibt außer Betracht."
c) In Absatz 2 werden die Worte „und sich im Inland aufhalten" durch die Worte ", sich im Geltungsbereich dieses Gesetzes aufhalten und kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Fünftel der monatlichen Bezugsgröße überschreitet" ersetzt.	c) Absatz 2 **Satz 1 erhält folgende Fassung:** **„Die Satzung kann Leistungen der Familienhilfe auf sonstige Angehörige erstrecken, die mit dem Versicherten in häuslicher Gemeinschaft leben, von ihm ganz oder überwiegend unterhalten werden,** sich **gewöhnlich** im Geltungsbereich dieses Gesetzes aufhalten und kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Fünftel der monatlichen Bezugsgröße überschreitet."
13. § 33 Abs. 2 Satz 3 erhält folgende Fassung: „§ 14 gilt nicht für Kinder."	13. unverändert
14. Dem § 36 werden folgende Sätze angefügt: „Die Satzung regelt das Nähere. Sie hat dabei die Besonderheiten landwirtschaftlicher Betriebe und Haushalte zu berücksichtigen. Für Verwandte und Verschwägerte bis zum zweiten Grade werden keine Kosten der Haushaltshilfe erstattet; die Krankenkasse kann jedoch die erforderlichen Fahrkosten und den Verdienstausfall erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht."	14. unverändert

Entwurf	Beschlüsse des 11. Ausschusses
15. § 43 erhält folgende Fassung: „§ 43 Die landwirtschaftliche Krankenkasse kann in geeigneten Fällen im Zusammenwirken mit den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Krankenhäusern *und* den Vertrauensärzten die Krankheitsfälle vor allem im Hinblick auf die *entstandenen* Kosten überprüfen und den Versicherten über die in Anspruch genommenen Leistungen und ihre Kosten unterrichten."	15. § 43 erhält folgende Fassung: „§ 43 Die landwirtschaftliche Krankenkasse kann in geeigneten Fällen im Zusammenwirken mit den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Krankenhaus**trägern für den jeweiligen Bereich sowie** den Vertrauensärzten die Krankheitsfälle vor allem im Hinblick auf die **in Anspruch genommenen Leistungen** überprüfen; **die Krankenkasse kann** den Versicherten **und den behandelnden Arzt** über die in Anspruch genommenen Leistungen und ihre Kosten unterrichten."
16. § 49 Abs. 2 Satz 2 erhält folgende Fassung: „Sie endet mit dem Tage, an dem der Antrag zurückgenommen oder die Ablehnung des Antrags unanfechtbar wird."	16. § 49 **wird wie folgt geändert:** **a)** Absatz 2 Satz 2 erhält folgende Fassung: „Sie endet mit dem Tage, an dem der Antrag zurückgenommen oder die Ablehnung des Antrags unanfechtbar wird." **b) In Absatz 3 wird das Wort „versichert" durch das Wort „versicherungspflichtig" ersetzt.**
17. Nach § 49 a wird folgender § 49 c eingefügt: „§ 49 c Personen, die Altersgeld, vorzeitiges Altersgeld oder Landabgaberente beantragt haben, können erklären, daß die Mitgliedschaft nach § 47 Nr. 4 erst mit Ablauf des Monats beginnt, in dem der die beantragte Leistung gewährende Bescheid zugestellt wird; die Erklärung bewirkt auch, daß die Mitgliedschaft nach § 49 nicht eintritt. Die Erklärung ist binnen eines Monats nach Stellung des Leistungsantrags bei der zuständigen Krankenkasse abzugeben."	17. unverändert
18. § 63 Abs. 3 erhält folgende Fassung: „(3) Zu den Aufwendungen für die in § 165 Abs. 1 Nr. 3 der Reichsversicherungsordnung und in § 19 Abs. 1 des Reichsknappschaftsgesetzes bezeichneten Personen, die nach § 2 Abs. 1 Nr. 4 oder 5 versichert sind, leisten die Träger der Rentenversicherung der Arbeiter, der Rentenversicherung der Angestellten und der knappschaftlichen Rentenversicherung Beiträge in Höhe des Betrages, den diese Personen nach § 1304 e der Reichsversicherungsordnung erhielten, wenn sie die dort genannten Voraussetzungen erfüllen würden. Die in Satz 1 bezeichneten Träger setzen den Betrag *verbindlich* fest."	18. § 63 Abs. 3 erhält folgende Fassung: „(3) Zu den Aufwendungen für die in § 165 Abs. 1 Nr. 3 der Reichsversicherungsordnung und in § 19 Abs. 1 des Reichsknappschaftsgesetzes bezeichneten Personen, die nach § 2 Abs. 1 Nr. 4 oder 5 versichert sind, leisten die Träger der Rentenversicherung der Arbeiter, der Rentenversicherung der Angestellten und der knappschaftlichen Rentenversicherung Beiträge in Höhe des Betrages, den diese Personen nach § 1304 e der Reichsversicherungsordnung erhielten, wenn sie die dort genannten Voraussetzungen erfüllen würden. Die in Satz 1 bezeichneten Träger setzen den Betrag fest."
19. § 65 wird wie folgt geändert: a) In Absatz 1 Satz 4 werden die Worte „das Zweieinhalbfache" durch die Worte „das Dreifache" ersetzt.	19. unverändert

Entwurf	Beschlüsse des 11. Ausschusses
b) In Absatz 2 Satz 1 werden die Worte „einem Zwölftel der nach § 165 Abs. 1 Nr. 2 der Reichsversicherungsordnung maßgebenden Jahresarbeitsverdienstgrenze" durch die Worte „dem Dreißigfachen des in § 180 Abs. 1 Satz 3 der Reichsversicherungsordnung bezeichneten Betrages" ersetzt.	
20. § 76 Abs. 1 erhält folgende Fassung: „(1) Für Verträge über Krankenhauspflege gelten die §§ 371 und 372 der Reichsversicherungsordnung; § 74 Abs. 2 Satz 1 gilt entsprechend."	20. unverändert
21. § 94 Abs. 4 Satz 2 erhält folgende Fassung: „Als Zuschuß ist ein Betrag in Höhe eines Achtzehntels des Monatsbetrages der Bezugsgröße zu zahlen; der Betrag ist auf volle Deutsche Mark aufzurunden."	21. unverändert
22. § 95 wird wie folgt geändert: a) In Satz 1 wird die Bezeichnung „§ 381 Abs. 4" durch die Bezeichnung „§ 1304 e Abs. 1" ersetzt. b) Folgender Satz wird angefügt: „Artikel 2 § 28 a des Arbeiterrentenversicherungs-Neuregelungsgesetzes, Artikel 2 § 27 a des Angestelltenversicherungs-Neuregelungsgesetzes gelten entsprechend."	22. unverändert
§ 4	§ 4
Änderung des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze	**Änderung des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze**
Das Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze — KHG — vom 29. Juni 1972 (BGBl. I S. 1009), zuletzt geändert durch das Haushaltsstrukturgesetz vom 18. Dezember 1975 (BGBl. I S. 3091), wird wie folgt geändert:	Das Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze — KHG — vom 29. Juni 1972 (BGBl. I S. 1009), zuletzt geändert durch das Haushaltsstrukturgesetz vom 18. Dezember 1975 (BGBl. I S. 3091), wird wie folgt geändert:
1. In § 2 Nr. 4 werden nach den Worten „Leistungen des Krankenhauses" der Punkt gestrichen und die Worte angefügt: „einschließlich vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Behandlung."	1. unverändert
2. § 6 wird wie folgt geändert: a) Absätze 1 bis 3 werden durch folgende Absätze 1 bis 5 ersetzt: „(1) Die Länder stellen im Benehmen mit der Krankenhausgesellschaft *sowie* den Spitzenverbänden der gesetzlichen Kran-	2. § 6 wird wie folgt geändert: a) Absätze 1 bis 3 werden durch folgende Absätze 1 bis 5 ersetzt: „(1) Die Länder stellen im Benehmen mit der Krankenhausgesellschaft, den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen,

Entwurf

kassen im Lande Krankenhausbedarfspläne sowie für den Zeitraum der mehrjährigen Finanzplanung des Bundes auf der Grundlage der Krankenhausbedarfspläne Programme zur Durchführung des Krankenhausbaues und deren Finanzierung auf. In den Programmen ist der voraussichtliche Bedarf an Finanzierungsmitteln für die Errichtung von Krankenhäusern und die Anschaffung der zum Krankenhaus gehörenden Wirtschaftsgüter anzugeben. Die Bedarfspläne und mehrjährigen Programme sind der Entwicklung anzupassen, die mehrjährigen Programme jährlich. *Bei der Aufstellung und Anpassung der Krankenhausbedarfspläne soll eine angemessene Berücksichtigung belegärztlicher Tätigkeit vorgesehen werden.* Die Krankenhausbedarfspläne sind in geeigneter Form zu veröffentlichen. Bis zum 1. Oktober eines jeden Jahres stellen die Länder nach Anhörung der Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen im Lande für das darauffolgende Kalenderjahr ein Krankenhausbauprogramm (Jahreskrankenhausbauprogramm) auf. Ferner ist der Bedarf an pauschalierten Finanzierungsmitteln für die Wiederbeschaffung von mittel- und kurzfristigen Anlagegütern (§ 9 Abs. 3 Satz 3 und Abs. 4 sowie § 10) anzugeben.

(2) Bei der Aufstellung und Anpassung der Krankenhausbedarfspläne und der Programme sind zu beachten:

1. die Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung,
2. die im Ausschuß für Fragen der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser nach § 7 abgestimmten allgemeinen Grundsätze für ein bedarfsgerecht gegliedertes System leistungsfähiger Krankenhäuser,
3. die Folgekosten,
4. die Möglichkeiten anderweitiger Unterbringung und Pflege außerhalb der Krankenhäuser,
5. die Bedarfspläne für die ambulante Versorgung und *sonstige Bedarfspläne.*

(3) Bei der Aufstellung der Krankenhausbedarfspläne nach Absatz 1 Satz 1 sind die Einrichtungen und Planungen der stationären Versorgung in den Hochschulkliniken so-

Beschlüsse des 11. Ausschusses

den Kommunalen Spitzenverbänden sowie den Ausschüssen des Verbandes der privaten Krankenversicherung im Lande Krankenhausbedarfspläne sowie für den Zeitraum der mehrjährigen Finanzplanung des Bundes auf der Grundlage der Krankenhausbedarfspläne Programme zur Durchführung des Krankenhausbaues und deren Finanzierung auf. In den Programmen ist der voraussichtliche Bedarf an Finanzierungsmitteln für die Errichtung von Krankenhäusern und die Anschaffung der zum Krankenhaus gehörenden Wirtschaftsgüter anzugeben. Die Bedarfspläne und mehrjährigen Programme sind der Entwicklung anzupassen, die mehrjährigen Programme jährlich. Die Krankenhausbedarfspläne sind in geeigneter Form zu veröffentlichen. Bis zum 1. Oktober eines jeden Jahres stellen die Länder nach Anhörung der Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen im Lande für das darauffolgende Kalenderjahr ein Krankenhausbauprogramm (Jahreskrankenhausbauprogramm) auf. Ferner ist der Bedarf an pauschalierten Finanzierungsmitteln für die Wiederbeschaffung von mittel- und kurzfristigen Anlagegütern (§ 9 Abs. 3 Satz 3 und Abs. 4 sowie § 10) anzugeben.

(2) Bei der Aufstellung und Anpassung der Krankenhausbedarfspläne und der Programme sind zu beachten:

1. unverändert
2. die Folgekosten,
3. die Möglichkeiten anderweitiger Unterbringung und Pflege außerhalb der Krankenhäuser,
4. die Bedarfspläne für die ambulante Versorgung und **die sonstige gesundheitliche Versorgung,**
5. die Einrichtungen und Planungen der stationären Versorgung in den Hochschulkliniken **und** in den Krankenhäusern der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und ihrer Vereinigungen,
6. **die Möglichkeiten einer leistungsfähigen belegärztlichen Versorgung.**

(3) Die im Ausschuß für Fragen der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser nach § 7 abgestimmten allgemeinen Grundsätze für ein bedarfsgerecht gegliedertes

Entwurf	Beschlüsse des 11. Ausschusses
wie in den Krankenhäusern der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und ihrer Vereinigungen angemessen zu berücksichtigen.	System leistungsfähiger Krankenhäuser **sind angemessen zu berücksichtigen.**
(4) Vor der endgültigen Aufstellung der mehrjährigen Programme berät der Ausschuß für Fragen der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser nach § 7 über die gegenseitige Abstimmung der Programme auf der Grundlage der Krankenhausbedarfspläne mit dem Ziel, den in § 1 bezeichneten Zweck dieses Gesetzes zu erreichen. Entsprechendes gilt für die Anpassung und Durchführung der Programme.	(4) unverändert
(5) Bei der Aufstellung der Krankenhausbedarfspläne und der Programme zur Durchführung des Krankenhausbaues sind die Kassenärztlichen *und Kassenzahnärztlichen* Vereinigungen, *die kommunalen Spitzenverbände, der Landesausschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung* sowie die sonstigen wesentlich Beteiligten im Lande anzuhören. Die Landesregierungen bestimmen, wer als sonstiger wesentlich Beteiligter anzusehen ist."	(5) Bei der Aufstellung der Krankenhausbedarfspläne und der Programme zur Durchführung des Krankenhausbaues sind die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie die sonstigen wesentlich Beteiligten im Lande anzuhören. Die Landesregierungen bestimmen, wer als sonstiger wesentlich Beteiligter anzusehen ist."
b) Absatz 4 wird Absatz 6.	b) unverändert
3. § 7 wird wie folgt geändert:	3. § 7 wird wie folgt geändert:
a) Absätze 1 bis 3 erhalten folgende Fassung:	a) Absätze 1 bis 3 erhalten folgende Fassung:
„(1) Beim Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung wird ein Ausschuß für Fragen der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser gebildet, dem die beteiligten Bundesressorts, die zuständigen obersten Landesbehörden, *sieben Vertreter der Krankenhausträger und sieben Vertreter der gesetzlichen Krankenversicherung sowie je drei Vertreter der Spitzenorganisationen der Gewerkschaften und der Arbeitgeber, die für die Vertretung der Arbeitnehmer- oder Arbeitgeberinteressen wesentliche Bedeutung haben,* angehören.	„(1) Beim Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung wird ein Ausschuß für Fragen der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser gebildet, dem die beteiligten Bundesressorts **und** die zuständigen obersten Landesbehörden angehören. **Der Ausschuß hat die durch einzelne Beratungsergebnisse Betroffenen zu beteiligen.**
(2) Dem Ausschuß obliegt neben der Beratung in allen Angelegenheiten, die der Förderung des in § 1 genannten Zweckes dienen, insbesondere die Abstimmung über allgemeine Grundsätze für ein bedarfsgerecht gegliedertes System leistungsfähiger Krankenhäuser, für die Gestaltung und Ermittlung der Pflegesätze, für eine wirtschaftliche Betriebsführung sowie hinsichtlich der sozialen Tragbarkeit der Pflegesätze. Er kann weiter alle Fragen beraten, die sich aus der Durchführung des Gesetzes ergeben, insbesondere auch mit dem Ziel, die Durchführung des Gesetzes zwischen den Beteiligten abzustimmen. Der Ausschuß kann weiter zu Einzelfragen Empfehlungen abgeben. *Beratungen und Abstimmungen über die Finanzhilfen (§§ 21 bis 25) finden zwischen Bund und Ländern statt.*	(2) Dem Ausschuß obliegt neben der Beratung in allen Angelegenheiten, die der Förderung des in § 1 genannten Zweckes dienen, insbesondere die Abstimmung über allgemeine Grundsätze für ein bedarfsgerecht gegliedertes System leistungsfähiger Krankenhäuser, für die Gestaltung und Ermittlung der Pflegesätze, für eine wirtschaftliche Betriebsführung sowie hinsichtlich der sozialen Tragbarkeit der Pflegesätze. Er kann weiter alle Fragen beraten, die sich aus der Durchführung des Gesetzes ergeben, insbesondere auch mit dem Ziel, die Durchführung des Gesetzes zwischen den Beteiligten abzustimmen. Der Ausschuß kann weiter zu Einzelfragen Empfehlungen abgeben. **Die Beratungsergebnisse des Beirats für Krankenhausfragen (§ 7 a) sind angemessen zu berücksichtigen.**

Entwurf

(3) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung erläßt die Geschäftsordnung. Er hat den Vorsitz. In der Geschäftsordnung ist *auch* vorzusehen, daß der Ausschuß Sachverständige, *insbesondere der kommunalen Spitzenverbände, des Verbandes der privaten Krankenversicherung und aus den Kranhausberufen anzuhören hat.*"

b) Absatz 4 wird gestrichen.

Beschlüsse des 11. Ausschusses

(3) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung erläßt **im Benehmen mit den übrigen Mitgliedern** die Geschäftsordnung; er hat den Vorsitz **und führt die laufenden Geschäfte.** In der Geschäftsordnung ist vorzusehen, daß der Ausschuß Sachverständige anhören **kann.**"

b) unverändert

3a. folgender § 7 a wird eingefügt:

„§ 7 a

Beirat für Krankenhausfragen

(1) Beim Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung wird ein Beirat für Krankenhausfragen gebildet, der den Ausschuß nach § 7 in Angelegenheiten der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser, der Gestaltung der Pflegesätze und eines bedarfsgerecht gegliederten Systems leistungsfähiger Krankenhäuser berät. Der Beirat kann zu Einzelfragen Empfehlungen abgeben.

(2) Dem Beirat gehören als Mitglieder an:

7 Vertreter der Krankenhausträger,

7 Vertreter der gesetzlichen Krankenversicherung,

3 Vertreter der Arbeitnehmer,

3 Vertreter der Arbeitgeber,

3 Vertreter der Ärzteschaft,

1 Vertreter der Kommunalen Spitzenverbände,

1 Vertreter der privaten Krankenversicherung.

Für jedes Mitglied ist ein Stellvertreter zu berufen. Der Beirat kann weitere Sachverständige zuziehen.

(3) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung beruft

die Vertreter der Krankenhausträger auf Vorschlag der Deutschen Krankenhausgesellschaft,

die Vertreter der gesetzlichen Krankenkassen auf Vorschlag der Bundesverbände der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung,

die Vertreter der Ärzteschaft, von denen zwei hauptberuflich an einem Krankenhaus beschäftigte Ärzte sein müssen, auf Vorschlag der Arbeitsgemeinschaft der westdeutschen Ärztekammern (Bundesärztekammer),

die Vertreter der Arbeitnehmer auf Vorschlag der Gewerkschaften, die für die Vertretung von Arbeitnehmerinteressen wesentliche Bedeutung haben,

die Vertreter der Arbeitgeber auf Vorschlag der Arbeitgeberverbände, die für die Vertretung

Entwurf | Beschlüsse des 11. Ausschusses

von Arbeitgeberinteressen wesentliche Bedeutung haben,

den Vertreter der Kommunalen Spitzenverbände auf Vorschlag der Bundesvereinigung der Kommunalen Spitzenverbände,

den Vertreter der privaten Krankenversicherung auf Vorschlag des Verbandes der privaten Krankenversicherung.

(4) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung erläßt die Geschäftsordnung des Beirates; er hat den Vorsitz und führt die laufenden Geschäfte."

Entwurf:

4. § 8 wird wie folgt geändert:

a) *Hinter* Absatz 1 wird folgender Absatz 2 eingefügt:

„(2) *Die* Bedingungen und Auflagen nach Absatz 1 Satz 3 *können* auch bestimm*en*, daß Krankenhäuser, die gefördert werden, Aufgaben der Ausbildung von Ärzten nach der Approbationsordnung für Ärzte erfüllen, wenn anderenfalls Kapazitäten an Hochschulkliniken erhalten oder zusätzlich geschaffen werden müssen, die nach den Zielen der Krankenhausbedarfsplanung des Landes für die Versorgung der Bevölkerung nicht benötigt werden. Die Förderung von ausbildungsbedingten Investitionsmaßnahmen auf der Grundlage des Hochschulbauförderungsgesetzes bleib*t* hiervon unberührt."

b) Absatz 2 wird Absatz 3.

c) In dem neuen Absatz 3 werden in Satz 1 nach den Worten „betrieben werden" das Komma gestrichen und die Worte eingefügt: „oder Krankenhäusern, die aus dem Krankenhausbedarfsplan eines Landes ausscheiden," sowie die Worte „von 10 Jahren" durch die Worte „von 8 Jahren" ersetzt.

Beschlüsse des 11. Ausschusses:

4. § 8 wird wie folgt geändert:

a) **Nach** Absatz 1 wird folgender Absatz 2 eingefügt:

„(2) **Durch** Bedingungen und Auflagen nach Absatz 1 Satz 3 **kann** auch **bestimmt werden,** daß Krankenhäuser, die gefördert werden, Aufgaben der Ausbildung von Ärzten nach der Approbationsordnung für Ärzte **zu** erfüllen **haben,** wenn andernfalls Kapazitäten an Hochschulkliniken erhalten oder zusätzlich geschaffen werden müssen, die nach den Zielen der Krankenhausbedarfsplanung des Landes für die Versorgung der Bevölkerung nicht benötigt werden. Die Förderung von ausbildungsbedingten Investitionsmaßnahmen auf der Grundlage des Hochschulbauförderungsgesetzes **sowie die Erstattung der Aufwendungen für Forschung und Lehre** bleib**en** hiervon unberührt."

b) unverändert

c) In dem neuen Absatz 3 werden in Satz 1 **erster Halbsatz** nach den Worten „betrieben werden" das Komma gestrichen und die Worte „oder Krankenhäusern, die aus dem Krankenhausbedarfsplan eines Landes ausscheiden," eingefügt sowie die Worte „von zehn Jahren" durch die Worte „von acht Jahren" ersetzt; **Satz 1 zweiter Halbsatz erhält folgende Fassung: „dies gilt auch für Krankenhäuser, mit deren Bau vor dem 1. Januar 1972 begonnen worden ist und für Teile von Krankenhäusern entsprechend."**

Entwurf:

5. *§ 10 Abs. 2 wird wie folgt geändert:*

a) Nach Satz 1 wird folgender Satz 2 eingefügt:

„Die Fördermittel dürfen nur zur Sicherstellung eines funktionsgerechten Leistungsangebots entsprechend der jeweiligen Aufgabenstellung im Krankenhausbedarfsplan oder in den Programmen (§ 6 Abs. 1) verwendet werden."

b) Der bisherige Satz 2 wird Satz 3. Darin werden nach den Worten „Satz 1" die Worte „und 2" eingefügt.

Beschlüsse des 11. Ausschusses:

Nummer 5 entfällt

Entwurf

6. Nach § 11 wird folgender § 11 a eingefügt:

„§ 11 a

Beteiligung der Krankenhäuser an Investitionskosten

Die geförderten Krankenhäuser bringen von den Förderbeträgen für Investitionen nach § 9 Abs. 1 und 2 zehn vom Hundert, nach § 9 Abs. 3 und 4 und § 10 fünf vom Hundert selbst auf. Entsprechendes gilt für die Entgelte der Nutzung der Anlagegüter nach § 11. Die Förderbeträge sind entsprechend zu kürzen. Übersteigen die Einnahmen der Krankenhäuser aus Pflegesätzen und sonstigen Leistungen die Ausgaben, so ist der Überschuß zunächst zur Finanzierung der Eigenbeteiligung an den Investitionskosten zu verwenden."

7. *Hinter § 15 Abs. 2 Satz 2 wird folgender Satz 3 eingefügt:*

„Eine Erstattung der Fördermittel entfällt in Höhe des im Förderzeitraum eingetretenen Werteverzehrs von nicht mit öffentlichen Mitteln beschafften Anlagegütern."

8. *In* § 16 *wird Satz 1 wie folgt geändert:*

„Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Vorschriften über die Pflegesätze der Krankenhäuser insbesondere auch über die Berücksichtigung des Eigenanteils nach § 17 Abs. 1 Satz 4 *im Pflegesatz* und das anzuwendende Verfahren nach *den* §§ 18 und 18 a zu erlassen."

Beschlüsse des 11. Ausschusses

6. unverändert

6a. § 13 Abs. 1 Satz 3 erhält folgende Fassung:

„Sind für die Anschaffung oder die Wiederbeschaffung eines Anlagegutes Fördermittel nach §§ 9 und 10 bewilligt worden, entfällt der Ausgleichsanspruch nach Satz 1, soweit zu dem nach Satz 1 für diesen Anspruch maßgebenden Zeitpunkt die Mittel oder ihr Gegenwert noch im Vermögen des Krankenhausträgers vorhanden sind."

Nummer 7 entfällt

7a. § 15 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 3 eingefügt:

„(3) Absatz 2 findet keine Anwendung auf Krankenhäuser, die im Einvernehmen mit der zuständigen Behörde aus dem Krankenhausbedarfsplan eines Landes ausscheiden. § 13 Abs. 1 bleibt unberührt."

b) Die Absätze 3 und 4 werden Absätze 4 und 5. Im neuen Absatz 5 wird die Zahl „3" durch die Zahl „4" ersetzt.

8. § 16 **erhält folgende Fassung:**

„§ 16

Verordnungen zur Regelung der Pflegesätze und der Rechnungs- und Buchführungspflichten

(1) Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Vorschriften über die Pflegesätze

Entwurf

Beschlüsse des 11. Ausschusses

der Krankenhäuser, insbesondere auch über die Berücksichtigung des Eigenanteils nach § 17 Abs. 1 Satz 4 und das anzuwendende Verfahren nach §§ 18 und 18 a zu erlassen. **Die Ermächtigung kann durch Rechtsverordnung auf die Landesregierung übertragen werden; dabei kann bestimmt werden, daß die Landesregierung die Ermächtigung durch Rechtsverordnung auf oberste Landesbehörden weiter übertragen kann.**

(2) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit, dem Bundesminister der Justiz, dem Bundesminister für Wirtschaft und dem Bundesminister des Innern durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Vorschriften über Rechnungs- und Buchführungspflichten auf der Grundlage der kaufmännischen doppelten Buchführung, insbesondere über einen einheitlichen Kontenrahmen, über die Kosten- und Leistungsrechnung und über den Jahresabschluß zu erlassen sowie vorzuschreiben, daß Kosten- und Investitionsplanungen aufzustellen sind."

Entwurf:

9. § 17 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 werden nach Satz 2 folgende Sätze 3 und 4 angefügt: „Die Pflegesätze gelten für die festgesetzte Laufzeit, soweit nichts anderes bestimmt wird. In den Pflegesätzen wird der Eigenanteil des Krankenhauses nach § 11 a zeitanteilig entsprechend der Nutzungsdauer des Wirtschaftsgutes, wie sie nach steuerrechtlichen Vorschriften zulässig ist, berücksichtigt.

b) In Absatz 4 Nr. 1 *wird* das Komma gestrichen und folgender *Halbsatz* angefügt: „sowie berücksichtigungsfähige Eigenanteile nach § 17 Absatz 1 Satz 4,"

c) Nach Absatz 4 wird folgender Absatz 5 eingefügt:

„(5) Bei Krankenhäusern, die nach diesem Gesetz nicht öffentlich gefördert werden, *sind im Pflegesatz von den auf Investitionen entfallenden Selbstkosten zehn vom Hundert der Investitionskosten im Sinne des § 9 Abs. 1 und 2 und fünf vom Hundert der Investitionskosten im Sinne des § 9 Abs. 3 und 4 und des § 10 nicht zu berücksichtigen. Entsprechendes gilt für die Entgelte der Nutzung von Anlagegütern. § 11 a Satz 4 und § 17 Abs. 1 Satz 4 finden entsprechende Anwendung."*

d) Absatz 5 wird Absatz 6.

Beschlüsse des 11. Ausschusses:

9. § 17 wird wie folgt geändert:

a) unverändert

b) In Absatz 4 Nr. 1 **werden** das Komma gestrichen und folgende **Worte** angefügt: „sowie berücksichtigungsfähige Eigenanteile nach Absatz 1 Satz 4,"

c) Nach Absatz 4 wird folgender Absatz 5 eingefügt:

„(5) Bei Krankenhäusern, die nach diesem Gesetz nicht öffentlich gefördert werden, **sind § 11 a und Absatz 1 Satz 4 entsprechend anzuwenden."**

d) unverändert

Entwurf

10. § 18 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird durch folgende Absätze 1 bis 7 ersetzt:

„(1) Die Pflegesätze werden *für alle Benutzer verbindlich* zwischen *der Krankenhausgesellschaft* und den *Spitzenverbänden der* gesetzlichen Krankenkassen im Lande vereinbart. *Die betroffenen Krankenhausträger und Krankenkassen sind an den Verhandlungen zu beteiligen; die Vereinbarungen wirken für und gegen die betroffenen Krankenhausträger und Krankenkassen. Die Verbände der sonstigen Sozialleistungsträger im Lande sind auf Antrag zu den Verhandlungen hinzuzuziehen, wenn sie im Jahr der Vereinbarung mit dem betroffenen Krankenhaus voraussichtlich mehr als zehn vom Hundert der Pflegetage abrechnen.*

(2) Die Krankenhausträger haben den für die Ermittlung der Pflegesätze erforderlichen Selbstkostennachweis und auf Anforderung auch eine Bilanz, Gewinn- und Verlustrechnung *sowie den Erläuterungsbericht* vorzulegen. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Bundesverbände der Krankenkassen können vereinbaren, welche weiteren Unterlagen beizubringen sind.

(3) Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Bundesverbände der gesetzlichen Krankenkassen wirken zusammen, damit eine medizinisch zweckmäßige und ausreichende *Krankenhauspflege* im Rahmen eines Systems leistungsfähiger und sparsam wirtschaftender Krankenhäuser gewährleistet wird. Sie sind verpflichtet, unter Berücksichtigung von Beratungsergebnissen des Ausschusses nach § 7 gemeinsam Maßstäbe für die Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit der Krankenhausbetriebe, insbesondere *Richtwerte* für Personal- und Sachkosten aufzustellen und der Entwicklung anzupassen. Bei der Ermittlung und Anpassung sind die Entwicklungen *insbesondere der durchschnittlichen Bruttoarbeitseinkommen,* des medizinisch-technischen Fortschritts und die Art und Anzahl der Krankheitsfälle zu beachten. Die Spitzenorganisationen weiterer wesentlich betroffener Sozialleistungsträger *im Bund sind auf Antrag zu beteiligen.* Die Gewerkschaften und Berufsverbände der Krankenhausberufe *im Bund* sowie der Verband der privaten Krankenversicherung sind anzuhören. Die Maßstäbe und *Richtwerte* sind bei den Pflegesatzvereinbarungen unter Beachtung von Besonderheiten der jeweiligen Kosten- und Leistungsstruktur angemessen zu berücksichtigen.

Beschlüsse des 11. Ausschusses

10. § 18 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird durch folgende Absätze 1 bis 7 ersetzt:

„(1) Die Pflegesätze werden zwischen den **Krankenhausträgern** und **den** gesetzlichen Krankenkassen **unter Beteiligung der Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen** im Lande vereinbart. **Vertragspartner sind neben dem betroffenen Krankenhausträger diejenigen Krankenkassen oder ihre Vereinigungen, die für die Laufzeit der Pflegesatzvereinbarung voraussichtlich mehr als zehn vom Hundert der Pflegetage abrechnen. Die Krankenhausträger und die gesetzlichen Krankenkassen können sich bei der Vereinbarung der Pflegesätze durch ihre Verbände im Lande vertreten lassen.**

(2) Die Krankenhausträger haben den für die Ermittlung der Pflegesätze erforderlichen Selbstkostennachweis und auf Anforderung auch eine Bilanz **sowie** Gewinn- und Verlustrechnung vorzulegen. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Bundesverbände der Krankenkassen können vereinbaren, welche weiteren Unterlagen beizubringen sind.

(3) Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Bundesverbände der gesetzlichen Krankenkassen wirken zusammen, damit eine medizinisch zweckmäßige und ausreichende **Krankenhausversorgung** im Rahmen eines Systems leistungsfähiger und sparsam wirtschaftender Krankenhäuser gewährleistet wird. Sie sind verpflichtet, unter Berücksichtigung **der Empfehlungen des Beirates nach § 7 a und** von Beratungsergebnissen des Ausschusses nach § 7 gemeinsam Maßstäbe für die Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit der Krankenhausbetriebe, insbesondere **Orientierungsdaten** für Personal- und Sachkosten aufzustellen und der Entwicklung anzupassen. Bei der Ermittlung und Anpassung **dieser Orientierungsdaten** sind die **gesamtwirtschaftlichen Kriterien entsprechend dem jeweiligen Jahreswirtschaftsbericht der Bundesregierung sowie die** Entwicklung des medizinisch-technischen Fortschritts und die Art und Anzahl der Krankheitsfälle zu beachten. Die Spitzenorganisationen weiterer wesentlich betroffener Sozialleistungsträger, die Gewerkschaften und Berufsverbände der Krankenhausberufe sowie der Verband der privaten Krankenversicherung sind anzuhören. Die Maßstäbe und **Orientierungsdaten** sind bei den Pflegesatzvereinbarungen unter Beachtung von Besonderheiten der jeweiligen Kosten- und Leistungsstruktur angemessen zu berücksichtigen.

Entwurf	Beschlüsse des 11. Ausschusses
(4) Kommt eine Vereinbarung über die Pflegesätze nicht zustande, so entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle der zuständigen Landesbehörde (§ 18 a). Die Schiedsstelle setzt unverzüglich, spätestens innerhalb von drei Monaten, die Pflegesätze fest. Diese Festsetzung hat die Rechtswirkung einer Vereinbarung im Sinne des § 18 Abs. 1. Sie kann nach Ablauf eines halben Jahres mit vierteljährlicher Frist gekündigt werden, sofern nicht die Schiedsstelle eine frühere Kündigungsmöglichkeit vorsieht.	(4) unverändert
(5) Kündigt eine Vertragspartei die Vereinbarung, so hat sie gleichzeitig die Kündigung der zuständigen Schiedsstelle schriftlich mitzuteilen. Kommt bis zum Ablauf einer Vereinbarung eine neue Vereinbarung nicht zustande, so hat die Schiedsstelle die Pflegesätze unverzüglich, spätestens innerhalb von drei Monaten, festzusetzen. Absatz 4 Satz 3 und 4 gilt entsprechend. Bis zur Entscheidung der Schiedsstelle gelten die Bestimmungen der bisherigen Vereinbarung vorläufig weiter.	(5) unverändert
(6) Vor Erhebung einer Klage, die eine Entscheidung der Schiedsstelle nach den Absätzen 4 und 5 zum Gegenstand hat, ist ein Vorverfahren nicht erforderlich.	(6) unverändert
(7) Macht ein Kläger, der nicht Vertragspartei der Vereinbarung nach Absatz 1 ist, geltend, er sei durch die Vereinbarung in seinen Rechten verletzt, finden die Vorschriften der Verwaltungsgerichtsordnung über die Anfechtungsklage entsprechende Anwendung. Die Klage ist gegen die *Krankenhausgesellschaft* und die *Spitzenverbände der gesetzlichen* Krankenkassen *im Lande* zu richten, welche die Vereinbarung geschlossen haben. Eines Vorverfahrens bedarf es nicht."	(7) Macht ein Kläger, der nicht Vertragspartei der Vereinbarung nach Absatz 1 ist, geltend, er sei durch die Vereinbarung in seinen Rechten verletzt, finden die Vorschriften der Verwaltungsgerichtsordnung über die Anfechtungsklage entsprechende Anwendung. Die Klage ist gegen **den Krankenhausträger** und **diejenigen** Krankenkassen zu richten, welche die Vereinbarung geschlossen haben. Eines Vorverfahrens bedarf es nicht."
b) Absatz 2 wird Absatz 8.	b) unverändert
11. Nach § 18 wird folgender § 18 a eingefügt:	11. unverändert

„§ 18 a

Schiedsstelle

(1) Die zuständige Landesbehörde bildet eine Schiedsstelle. Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung zu bestimmen, daß neben oder anstelle der Schiedsstelle der zuständigen Landesbehörde für ein Land mehrere Schiedsstellen auf regionaler Ebene gebildet werden; sie können diese Ermächtigung durch Rechtsverordnung auf oberste Landesbehörden übertragen.

(2) Die Schiedsstellen setzen sich zusammen aus einem Vorsitzenden, sieben Vertretern der Krankenhäuser und sieben Vertretern der Kran-

Entwurf | Beschlüsse des 11. Ausschusses

kenkassen. Die zuständige Landesbehörde stellt den Vorsitzenden im Benehmen mit der Krankenhausgesellschaft und den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen im Lande. Die Vertreter der Krankenkassen und der Krankenhäuser werden jeweils von der Krankenhausgesellschaft und den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen im Lande benannt. Dieses gilt auch für die Benennung von Stellvertretern. Die zuständige Landesbehörde stellt den Vorsitzenden und bestellt die Vertreter der Krankenhäuser und der Krankenkassen, sofern nicht innerhalb von drei Monaten nach Aufforderung durch die zuständige Landesbehörde das Benehmen über den Vorsitzenden herbeigeführt wird oder die Krankenhausgesellschaft oder die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen im Lande die erforderlichen Vertreter benennen.

(3) Jedes Mitglied hat eine Stimme. Die Entscheidungen werden mit der Mehrheit der Mitglieder getroffen. Das Nähere wird durch Rechtsverordnung nach § 16 geregelt."

12. In § 20 werden die Worte „§ 17 Abs. 5" durch die Worte „§ 17 Abs. 5 und 6" ersetzt.

12. unverändert

13. In § 22 Abs. 1 Satz 2 werden die Worte „1978 290 Millionen DM und 1979 213 Millionen DM" durch die Worte „1978 263 Millionen DM und 1979 193 Millionen DM" ersetzt.

13. unverändert

14. In § 23 Abs. 2 wird das Wort „Unterversorgung" durch die Worte „Unter- oder Überversorgung" ersetzt.

14. unverändert

15. *Nach § 26 wird folgender Abschnitt eingefügt:*

„4 a. Abschnitt

Rechnungswesen

§ 26 a

Rechnungswesen

(1) Krankenhäuser haben unbeschadet einer weitergehenden Verpflichtung nach anderen Gesetzen nach den Vorschriften der §§ 38 bis 47 a des Handelsgesetzbuches Bücher zu führen. Für die Gliederung und den Inhalt des Jahresabschlusses, die einzelnen Posten des Jahresabschlusses, die Wertansätze der Gegenstände des Anlage- und des Umlaufvermögens sowie für die Abschreibungen auf diese Werte und für die Ansätze von Passivposten gelten die §§ 149 bis 159 des Aktiengesetzes entsprechend. Die Posten des Jahresabschlusses sind unter Beachtung der Grundsätze einer gewissenhaften und getreuen Rechenschaft zu erläutern (Erläuterungsbericht).

(2) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung wird ermächtigt, im Einvernehmen mit

Nummer 15 entfällt

Entwurf

dem Bundesminister der Justiz, dem Bundesminister für Wirtschaft und dem Bundesminister des Innern durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Formblätter vorzuschreiben oder andere Vorschriften für die Rechnungslegung und Prüfung zu erlassen, wenn der Betrieb eines Krankenhauses oder der Zweck dieses Gesetzes (§ 1) eine Abweichung von den nach Absatz 1 anzuwendenden Vorschriften bedingt; durch andere Vorschriften können insbesondere Inhalt und Form der Kosten- und Leistungsrechnung, des Wirtschaftsplans (Vermögens-, Finanz-, Stellungsplans) und eines einheitlichen Kontenrahmens geregelt werden."

16. In § 27 Nr. 4 werden nach den Worten "zugrunde zu legen ist" die Worte „welche *Kosten den* Wirtschaftsgüter*n, den Anlagegütern, den Verbrauchsgütern,* der Instandhaltung und Instandsetzung oder der Errichtung von Krankenhäusern (Neubau, Umbau, Erweiterungs*bau*) zuzu*rechnen* sind," eingefügt.

17. Nach § 29 wird folgender § 29 a eingefügt:

„§ 29 a

Sonstige Zuständigkeitsregelungen

Die in diesem Gesetz den Bundes- und Landesverbänden der gesetzlichen Krankenkassen zugewiesenen Aufgaben nehmen für die knappschaftliche Krankenversicherung die Bundesknappschaft, für die landwirtschaftlichen Krankenkassen der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen und für die Ersatzkassen die Verbände der Ersatzkassen (§ 525 a der Reichversicherungsordnung) wahr. Die Verbände der Ersatzkassen können, soweit es sich um Aufgaben der Landesverbände der Krankenkassen handelt, diese auf eine für das Land gebildete Arbeitsgemeinschaft oder auf eine Ersatzkasse übertragen. Der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen kann, soweit es sich um Aufgaben der Landesverbände der Krankenkassen handelt, diese auf die landwirtschaftliche Krankenkasse übertragen, in deren Bezirk die Krankenhausgesellschaft ihren Sitz hat. Für die in § 414 Abs. 3 Satz 2 der Reichsversicherungsordnung genannten Krankenkassen nimmt die Aufgaben der Bundesverband der Betriebskrankenkassen wahr; er kann diese auf die Krankenkassen übertragen."

§ 5

Änderung der Zwölften Verordnung zum Aufbau der Sozialversicherung (Ersatzkassen der Krankenversicherung)

Dem Artikel 2 § 4 Abs. 1 der Zwölften Verordnung zum Aufbau der Sozialversicherung (Ersatzkassen der Krankenversicherung) in der im Bundesgesetz-

Beschlüsse des 11. Ausschusses

16. In § 27 Nr. 4 werden nach den Worten „zugrunde zu legen ist" die Worte „welche Wirtschaftsgüter **den einzelnen Arten von Wirtschaftsgütern und welche Kosten** der Instandhaltung und **der** Instandsetzung oder der Errichtung von Krankenhäusern (Neubau, Umbau, Erweiterung) zuzu**ordnen** sind," eingefügt.

17. unverändert

§ 5

Änderung der Zwölften Verordnung zum Aufbau der Sozialversicherung (Ersatzkassen der Krankenversicherung)

Artikel 2 § 4 Abs. 1 der Zwölften Verordnung zum Aufbau der Sozialversicherung (Ersatzkassen der Krankenversicherung) in der im Bundesgesetz-

Entwurf

blatt Teil III, Gliederungsnummer 8230—13, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch § 4 des Gesetzes vom 24. Juni 1975 (BGBl. I S. 1536), wird folgender Satz angefügt:

„Unbeschadet der Sätze 1 bis 5 gehören die in § 165 Abs. 1 Nr. 2 a *und 3* und in § 176 c der Reichsversicherungsordnung sowie die in §§ 1 und 2 des Gesetzes über die Sozialversicherung Behinderter in geschützten Einrichtungen bezeichneten Personen zum Mitgliederkreis der Ersatzkassen."

Beschlüsse des 11. Ausschusses

blatt Teil III, Gliederungsnummer 8230—13, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch § 4 des Gesetzes vom 24. Juni 1975 (BGBl. I S. 1536), wird **wie folgt geändert:**

a) In Satz 2 werden nach dem Wort „wohnen" die Worte „oder beschäftigt sein" eingefügt.

b) Folgende Sätze 5 und 6 werden angefügt:

„Unbeschadet der Sätze 1 bis 5 gehören die in § 165 Abs. 1 Nr. 2 a und in § 176 c der Reichsversicherungsordnung sowie die in §§ 1 und 2 des Gesetzes über die Sozialversicherung Behinderter in geschützten Einrichtungen bezeichneten Personen zum Mitgliederkreis der Ersatzkassen. **Die nach § 165 Abs. 1 Nr. 3 Versicherten gehören zum Mitgliederkreis der Ersatzkassen, wenn sie während ihrer Erwerbstätigkeit Mitglieder der Ersatzkassen hätten sein können."**

§ 6

Änderung von örtlichen Zuständigkeiten landwirtschaftlicher Berufsgenossenschaften

(1) Im Land Bayern ist örtlich zuständig

1. die Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft Oberfranken und Mittelfranken für das Gebiet der Regierungsbezirke Oberfranken und Mittelfranken,

2. die Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft Niederbayern-Oberpfalz für das Gebiet der Regierungsbezirke Niederbayern und Oberpfalz,

3. die Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft Unterfranken für das Gebiet des Regierungsbezirks Unterfranken,

4. die Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft Schwaben für das Gebiet des Regierungsbezirks Schwaben,

5. die Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft Oberbayern für das Gebiet des Regierungsbezirks Oberbayern.

(2) Im Land Rheinland-Pfalz ist örtlich zuständig

1. die Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft Rheinhessen-Pfalz für den Regierungsbezirk Rheinhessen-Pfalz,

2. die Rheinische landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft für den Regierungsbezirk Trier und den Regierungsbezirk Koblenz mit Ausnahme des Landkreises Westerwald und des Rhein-Lahn-Kreises,

3. die Hessen-Nassauische landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft für den Landkreis Westerwald und den Rhein-Lahn-Kreis."

(3) Für die in den Absätzen 1 und 2 genannten Verwaltungseinheiten der Länder gelten die Grenzen, die im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes durch Landesrecht bestimmt sind."

Entwurf

Artikel 2

Übergangs- und Schlußvorschriften

§ 1

(1) Wer wegen des Inkrafttretens dieses Gesetzes nicht mehr nach § 165 Abs. 1 Nr. 3 der Reichsversicherungsordnung versichert ist oder wer bis zum 30. Juni 1978 eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt, gilt als versichert nach § 165 Abs. 1 Nr. 3 der Reichsversicherungsordnung, solange er eine Rente aus der Rentenversicherung der Arbeiter oder der Rentenversicherung der Angestellten bezieht.

(2) Wer vor dem Inkrafttreten dieses Gesetzes deswegen nicht nach § 165 Abs. 1 Nr. 3 der Reichsversicherungsordnung versichert war, weil er die in § 165 Abs. 6 der Reichsversicherungsordnung geforderten Voraussetzungen nicht erfüllt hat, gilt als versichert nach § 165 Abs. 1 Nr. 3 der Reichsversicherungsordnung, sobald er die Voraussetzungen nach dem vor dem Inkrafttreten dieses Gesetzes geltenden Recht erfüllt.

§ 2

Personen, die bis zum 30. Juni 1978 eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beantragen, gelten bis zu dem in § 315 a Abs. 2 Satz 2 der Reichsversicherungsordnung genannten Zeitpunkt als Mitglieder, wenn sie nach dem Inkrafttreten dieses Gesetzes die Voraussetzungen des § 315 a Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung nicht mehr erfüllen.

§ 3

(1) Personen, die vor dem Inkrafttreten dieses Gesetzes eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt haben, können erklären, daß die Mitgliedschaft nach § 306 Abs. 2 oder § 315 a der Reichsversicherungsordnung bis zum Ende des Monats unterbrochen ist, in dem der Rentenbescheid zugestellt wird.

(2) Personen, die vor dem Inkrafttreten dieses Gesetzes Altersgeld, vorzeitiges Altersgeld oder Landabgabe beantragt haben, können erklären, daß die Mitgliedschaft nach § 47 Nr. 4 oder § 49 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte bis zum Ende des Monats unterbrochen ist, in dem der die beantragte Leistung gewährende Bescheid zugestellt wird.

(3) Die Erklärung nach Absatz 1 oder 2 kann binnen drei Monaten nach dem Inkrafttreten dieses Gesetzes bei dem zuständigen Träger der Krankenversicherung abgegeben werden.

Beschlüsse des 11. Ausschusses

Artikel 2

Übergangs- und Schlußvorschriften

§ 1

unverändert

§ 2

Personen, die bis zum 30. Juni 1978 eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beantragen, gelten bis zu dem in § 315 a Abs. 2 Satz 2 der Reichsversicherungsordnung genannten Zeitpunkt als Mitglieder, wenn sie nach dem Inkrafttreten dieses Gesetzes die Voraussetzungen des § 315 a Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung nicht mehr erfüllen. **§ 315 b der Reichsversicherungsordnung gilt entsprechend.**

§ 3

unverändert

Entwurf

§ 4

(1) Versicherte haben keinen Anspruch nach § 198 der Reichsversicherungsordnung oder nach § 25 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte in der Fassung dieses Gesetzes, wenn sie vor Inkrafttreten dieses Gesetzes entbunden haben.

(2) Versicherte haben bis zum Ende des neunten auf das Inkrafttreten dieses Gesetzes folgenden Kalendermonats Anspruch nach § 198 der Reichsversicherungsordnung oder nach § 25 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte in der vor Inkrafttreten dieses Gesetzes geltenden Fassung, wenn die Voraussetzungen für den Anspruch nach § 198 der Reichsversicherungsordnung oder nach § 25 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte in der Fassung dieses Gesetzes nicht erfüllt sind.

(3) Absätze 1 und 2 gelten auch für Ansprüche nach § 205 a der Reichsversicherungsordnung.

§ 5

(1) Vereinbarungen nach § 368 f Abs. 3 der Reichsversicherungsordnung sind erstmalig mit Wirkung vom 1. Juli 1978 zu treffen; hierbei ist von der Höhe der Gesamtvergütungen der beteiligten Krankenkassen im Jahre 1977 auszugehen. Bis zu diesem Zeitpunkt gelten die bestehenden Vergütungsregelungen fort.

(2) Vereinbarungen nach § 368 f Abs. 6 der Reichsversicherungsordnung sind erstmalig *für das Jahr* 1978 unter Zugrundelegung des Durchschnitts der Aufwendungen der beteiligten Krankenkassen für Arzneimittel *in den* Jahren *1976 und* 1977 zu treffen.

§ 6

Leistungen nach § 205 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung oder nach § 32 Abs. 1 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte, für die nach dem Inkrafttreten dieses Gesetzes auf Grund des Artikels 1 § 1 Nr. 17 Buchstaben a oder b oder § 3 Nr. 12 Buchstaben a oder b Ansprüche nicht mehr bestehen, sind für eingeschriebene Studenten der staatlichen und der staatlich anerkannten Fachhochschulen bis zum 31. August 1977 und für eingeschriebene Studenten der staatlichen und staatlich anerkannten Hochschulen bis zum 30. September 1977 zu gewähren.

Beschlüsse des 11. Ausschusses

§ 4

unverändert

§ 5

(1) unverändert

(2) Vereinbarungen nach § 368 f Abs. 6 der Reichsversicherungsordnung sind erstmalig **mit Wirkung vom 1. Juli** 1978 unter Zugrundelegung des Durchschnitts der Aufwendungen der beteiligten Krankenkassen für Arzneimittel **im** Jahre 1977 zu treffen.

§ 6

unverändert

§ 6 a

Die in § 187 Nr. 1 Buchstabe b der Reichsversicherungsordnung und in § 11 Nr. 1 Buchstabe b des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte genannten Leistungen werden bis zum 1. Januar 1978 nach den Voraussetzungen erbracht, die nach den vor Inkrafttreten dieses Gesetzes geltenden Rechtsvorschriften zu erfüllen waren.

Entwurf

§ 7

Die Bewertungsmaßstäbe nach § 368 g Abs. 4 der Reichsversicherungsordnung sind erstmalig bis zum 1. Juli 1978 aufzustellen; hierbei ist insbesondere von der für die Ersatzkassenpraxis vereinbarten Gebührenordnung (E-Adgo) auszugehen. Bis zu dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt gelten die bei Inkrafttreten dieses Gesetzes bestehenden Vergütungsregelungen fort.

§ 8

Bis zum Inkrafttreten dieses Gesetzes abgeschlossene Verträge, die eine dem § 368 n Abs. 2 Sätze 4 und 5 der Reichsversicherungsordnung entsprechende Versorgung sicherstellen, bleiben unberührt. Sind solche Verträge nicht mit den in § 368 n Abs. 2 Satz 4 der Reichsversicherungsordnung genannten Vereinigungen abgeschlossen, so haben diese Vereinigungen innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten dieses Gesetzes anstelle der bisherigen Vertragspartner in diese Verträge einzutreten. Ist in den in Sätzen 1 und 2 genannten Verträgen eine höhere als die in § 368 n Abs. 2 Sätze 4 und 5 der Reichsversicherungsordnung vorgeschriebene Vergütung vereinbart, so gilt eine solche Vereinbarung unbeschadet der Laufzeit der Verträge so lange fort, bis die Höhe der vereinbarten Vergütung jeweils der Höhe der in § 368 n Abs. 2 Sätze 4 und 5 der Reichsversicherungsordnung vorgeschriebenen Vergütung entspricht.

§ 9

(1) Die nach § 381 Abs. 2 und § 514 Abs. 2 in Verbindung mit § 381 Abs. 2 der Reichversicherungsordnung für die Monate Juli bis Dezember 1977 zu leistenden Beiträge sind nach Absatz 2 zu bemessen.

(2) § 385 Abs. 2 und 3 der Reichversicherungsordnung gilt in der bis zum Inkrafttreten dieses Gesetzes geltenden Fassung mit folgenden Änderungen:

a) In § 385 Abs. 3 Satz 1 wird das Wort „zwanzig" durch das Wort „fünfzig" ersetzt.

b) Dem § 385 Abs. 3 werden folgende Sätze angefügt:

„Übersteigt der Kürzungsbetrag danach den durchschnittlichen Grundlohn, so ist der Beitrag nach dem übersteigenden Betrag zu bemessen.

Beschlüsse des 11. Ausschusses

§ 7

unverändert

§ 8

(1) Bis zum Inkrafttreten dieses Gesetzes abgeschlossene Verträge, die eine dem § 368 n Abs. 2 Sätze 4 und 5 der Reichsversicherungsordnung entsprechende Versorgung sicherstellen, bleiben unberührt. Sind solche Verträge nicht mit den in § 368 n Abs. 2 Satz 4 der Reichsversicherungsordnung genannten Vereinigungen abgeschlossen, so haben diese Vereinigungen innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten dieses Gesetzes anstelle der bisherigen Vertragspartner in diese Verträge einzutreten. Ist in den in Sätzen 1 und 2 genannten Verträgen eine höhere als die in § 368 n Abs. 2 Sätze 4 und 5 der Reichsversicherungsordnung vorgeschriebene Vergütung vereinbart, so gilt eine solche Vereinbarung unbeschadet der Laufzeit der Verträge so lange fort, bis die Höhe der vereinbarten Vergütung jeweils der Höhe der in § 368 n Abs. 2 Sätze 4 und 5 der Reichsversicherungsordnung vorgeschriebenen Vergütung entspricht.

(2) § 368 n Abs. 5 und 6 der Reichsversicherungsordnung in der bis zum Inkrafttreten dieses Gesetzes geltenden Fassung gilt für bei Inkrafttreten dieses Gesetzes anhängige Prüfungs- und Beschwerdeverfahren bis zu deren Abschluß fort.

§ 8 a

Richtlinien nach § 368 p Abs. 1 Satz 2 der Reichsversicherungsordnung sind erstmalig binnen eines Jahres nach Inkrafttreten dieses Gesetzes zu beschließen.

§ 9

unverändert

Entwurf	Beschlüsse des 11. Ausschusses
Dieser Beitrag steht den Krankenkassen und Ersatzkassen zu, bei denen der durchschnittliche Grundlohn den Kürzungsbetrag übersteigt; er ist an den Träger der Rentenversicherung abzuführen. Sind bei der Krankenkasse oder Ersatzkasse keine in § 165 Abs. 1 Nr. 3 der Reichsversicherungsordnung bezeichneten Personen versichert, tritt bei der Beitragsberechnung an deren Stelle die Zahl 1."	
(3) Ist die Summe der nach Absatz 2 bemessenen Beiträge höher oder niedriger als elf vom Hundert der Summe der von den Trägern der Rentenversicherung der Arbeiter und der Rentenversicherung der Angestellten in den Monaten Juli bis Dezember 1977 gezahlten Rentenbeträge, so erhöht oder ermäßigt sich die Summe der nach § 381 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung für das Jahr 1978 zu zahlenden Beiträge entsprechend.	
§ 10	§ 10
Für die Jahre 1971 bis Juni 1977 verbleibt es bei den nach § 385 Abs. 2 und 3 der Reichversicherungsordnung in der bis zum 30. Juni 1977 geltenden Fassung zu leistenden Beiträgen; § 393 a Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung in der bis zum 30. Juni 1977 geltenden Fassung ist insoweit nicht mehr anzuwenden.	unverändert
§ 11	§ 11
(1) Für Krankenhäuser, die einen Ausgleich nach § 8 Abs. 2 des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze in der vor Inkrafttreten dieses Gesetzes geltenden Fassung erhalten, gilt § 8 Abs. 2 des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze in der vor Inkrafttreten dieses Gesetzes geltenden Fassung.	(1) unverändert
(2) Die in Artikel 1 § 4 Nr. 6 dieses Gesetzes vorgeschriebene Beteiligung der Krankenhäuser an den Investitionskosten und den Entgelten der Nutzung der Anlagegüter sowie die entsprechende Minderung der Fördermittel gilt für Investitionen und Nutzungskosten, die nach Inkrafttreten dieses Gesetzes vorgenommen werden. Satz 1 gilt entsprechend für die Kürzung der im Pflegesatz anrechenbaren Selbstkosten nach Artikel 1 § 4 Nr. 9 Buchstabe b dieses Gesetzes.	(2) Die in Artikel 1 § 4 Nr. 6 dieses Gesetzes vorgeschriebene Beteiligung der Krankenhäuser an den Investitionskosten und den Entgelten der Nutzung der Anlagegüter sowie die entsprechende Minderung der Fördermittel gilt für Investitionen und Nutzungskosten, die nach Inkrafttreten dieses Gesetzes vorgenommen werden. Satz 1 gilt entsprechend für die Kürzung der im Pflegesatz anrechenbaren Selbstkosten nach Artikel 1 § 4 Nr. 9 Buchstabe b **sowie die Kürzung der Selbstkosten bei nicht geförderten Krankenhäusern nach Artikel 1 § 4 Nr. 9 Buchstabe c** dieses Gesetzes.
(3) Die Vorschriften der geltenden Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze vom 25. April 1973 — Bundespflegesatzverordnung — (BGBl. I S. 333) sind weiter anzuwenden, bis sie durch eine Rechtsverordnung nach § 16 des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze außer Kraft gesetzt werden.	(3) unverändert

Entwurf

§ 12

Mit dem Inkrafttreten dieses Gesetzes treten außer Kraft:

1. Erlaß des Reicharbeitsministers betreffend Fortsetzung der freiwilligen Mitgliedschaft beim Ausscheiden aus der Pflichtversicherung oder nach der Befreiung von der Versicherungspflicht vom 27. Juli 1943 in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Anhang zur Gliederungsnummer 820—1 veröffentlichten Fassung (BGBl. III S. 175).

2. Verordnung über die Festsetzung des Beitrags für freiwillige Versicherte in der knappschaftlichen Krankenversicherung der Rentner vom 26. Oktobet 1962 (BGBl. I S. 667), zuletzt geändert durch die Dritte Verordnung zur Änderung der Verordnung über die Festsetzung des Beitrags für freiwillig Versicherte in der knappschaftlichen Krankenversicherung der Rentner vom 11. Dezember 1968 (BGBl. I S. 1324).

§ 13

Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung wird ermächtigt, den Wortlaut des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte und des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze in der neuen Fassung bekanntzumachen und dabei Unstimmigkeiten des Wortlauts und der Paragraphenfolge zu beseitigen.

§ 14

Dieses Gesetz gilt nach Maßgabe des § 13 Abs. 1 des Dritten Überleitungsgesetzes auch im Land Berlin. Rechtsverordnungen, die aufgrund dieses Gesetzes erlassen werden, gelten im Land Berlin nach § 14 des Dritten Überleitungsgesetzes.

§ 15

(1) Dieses Gesetz tritt mit Ausnahme der in Absatz 2 genannten Vorschriften am 1. Juli 1977 in Kraft.

(2) Artikel 1 § 1 Nr. 10 und 36, § 3 Nr. 8 und 20, § 4 Nr. 1 bis 7 und 9 bis 17 und Artikel 2 § 11 treten am 1. Januar 1978 in Kraft.

Beschlüsse des 11. Ausschusses

§ 12

Mit dem Inkrafttreten dieses Gesetzes treten außer Kraft:

1. unverändert

2. unverändert

3. **§ 2 Abs. 2 der Verordnung über die knappschaftliche Krankenversicherung der Rentner vom 8. Juni 1942 in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 822-4-1, veröffentlichten Fassung.**

§ 13

unverändert

§ 14

unverändert

§ 15

(1) unverändert

(2) Artikel 1 § 1 Nr. 10 und 36, § 3 Nr. 8, **19** und 20, § 4 Nr. 1 bis 7 und 9 bis 17, **§ 6** und Artikel 2 § 11 treten am 1. Januar 1978 in Kraft.

Bericht der Abgeordneten Franke, Glombig und Schmidt (Kempten)

A. Allgemeiner Teil

Vorbemerkungen zum Verfahren der Beratungen und grundsätzliche Stellungnahmen

Der Deutsche Bundestag hat in seiner 18. Sitzung am 17. März 1977 den Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Dämpfung der Ausgabenentwicklung und zur Strukturverbesserung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz — KVKG) — Drucksachen 8/166, 8/173 — in Verbindung mit dem Entwurf eines Gesetzes zur Zwanzigsten Rentenanpassung und zur Verbesserung der Finanzgrundlagen der gesetzlichen Rentenversicherung (20. Rentenanpassungsgesetz — 20. RAG) — Drucksache 8/165 — und dem Bericht der Bundesregierung über die gesetzliche Rentenversicherung, insbesondere über deren Finanzlage in den künftigen 15 Kalenderjahren, gemäß §§ 1273 und 579 der Reichsversicherungsordnung, § 50 des Angestelltenversicherungsgesetzes und § 71 des Reichsknappschaftsgesetzes (Rentenanpassungsbericht 1977 und Gutachten des Sozialbeirats) — Drucksachen 8/119, 8/132 — dem Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung zur federführenden Beratung, den Ausschüssen für Wirtschaft, Jugend, Familie und Gesundheit mitberatend überwiesen. Der Haushaltsausschuß wurde mitberatend und gemäß § 96 GO beteiligt. Der Ausschuß für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten wurde gutachtlich tätig.

Die beteiligten Ausschüsse haben auch auf der Grundlage der dem federführenden Ausschuß zusätzlich zugegangenen Beratungsunterlagen beraten. Nach Abschluß ihrer Beratungen am 22. April 1977 — der Haushaltsausschuß wird am 4. Mai 1977 auf der Grundlage der Beschlüsse des federführenden Ausschusses beraten — haben sie eingehende Stellungnahmen dem Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung zugeleitet. Auf ihren Inhalt und ihre Auswirkungen auf die Beratung und Beschlüsse des federführenden Ausschusses wird jeweils bei den Themenkreisen des Allgemeinen Teils oder zu den einzelnen Vorschriften Bezug genommen. Eine evtl. von den Beschlüssen abweichende mitberatende Stellungnahme des Haushaltsausschusses wird dem Plenum gesondert vorgelegt.

Der Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung hat den Gesetzentwurf sowohl in Verbindung mit den weiteren ihm überwiesenen Vorlagen als auch gesondert in mehreren Sitzungen beraten. Zu Beginn seiner Beratungen hat er in drei öffentlichen Informationssitzungen Sachverständige aus den Kreisen der beteiligten Organisationen und Träger der Sozialversicherung gehört. Eingeladen waren der Sozialbeirat, die Deutsche Bundesbank, die Träger der Rentenversicherung, der gesetzlichen Krankenversicherung und Unfallversicherung, die private Krankenversicherung, die Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände, die Verbände der Behinderten, der Ärzte und Zahnärzte sowie Zahntechniker, der Träger von Krankenhäusern, der Apotheker sowie der pharmazeutischen Industrie und Heilmittel-Industrie. An den Sachverständigenanhörungen nahmen insgesamt von 49 Organisationen 75 Sachverständige teil. Schwerpunkte zum Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz waren Maßnahmen zur finanziellen Absicherung der gesetzlichen Krankenversicherung, Änderungen des Kassenarztrechts und im Krankenhausbereich einschließlich der Frage der „konzertierten Aktion".

Die Protokolle dieser Informationssitzungen (Nummern 5, 6 und 7) sind allen Mitgliedern des Deutschen Bundestages zugeleitet worden, so daß auf ihren Inhalt verwiesen werden kann.

Der Ausschuß verwertete ferner in seinen Beratungen eine Vielzahl von Eingaben und Stellungnahmen sowohl der am Hearing beteiligten Organisationen als auch von anderen Stellen und Privatpersonen, die Vorschläge zum Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz (KVKG) an ihn gerichtet hatten.

Mit dem von der Bundesregierung vorgelegten Gesetzentwurf wird folgende Zielsetzung verfolgt:

— Die steigenden volkswirtschaftlichen Belastungen durch den Gesundheitsaufwand sollen nachhaltig begrenzt und dadurch vor allem die Ausgaben der Krankenversicherung mit der Einkommensentwicklung der Versicherten in Übereinstimmung gebracht werden.

— Die Einkommensentwicklung der Anbieter von Gesundheitsleistungen soll stärker an der allgemeinen Einkommensentwicklung orientiert werden.

— Die Wirtschaftlichkeit des Gesundheitssystems soll unter Aufrechterhaltung des erreichten medizinischen Versorgungsniveaus erhöht werden.

— Die Struktur des Gesundheitswesens soll unter Beachtung der Grundsätze der Freiberuflichkeit der Kassenärzte und der Vertragsfreiheit der Beteiligten verbessert und damit der medizinische Fortschritt weiter ermöglicht werden.

Über diese Zielsetzung bestand bei allen Fraktionen Übereinstimmung. Auch bei der Anhörung der Sachverständigen wurde von fast allen Beteiligten zum Ausdruck gebracht, daß es notwendig sei, die von der Bundesregierung angestrebten Ziele zu erreichen. Jedoch gingen die Auffassungen darüber auseinander, mit welchen Maßnahmen die als notwendig anerkannten Ziele erreicht werden sollen. Während die Koalitionsfraktionen die Auffassung

vertraten, daß es gesetzgeberischer Maßnahmen bedarf, um die Kosten zu dämpfen, hielt es die Fraktion der CDU/CSU für besser, daß zunächst in einer konzertierten Aktion die am Gesundheitswesen Beteiligten Rahmen- und Orientierungsdaten für die Leistungsentgelte und Vorschläge zur Rationalisierung und Erhöhung der Effektivität im Gesundheitswesen entwickeln und miteinander abstimmen. Diese Auffassung wurde in der Sachverständigenanhörung auch von den Vertretern der Leistungsanbieter im Gesundheitswesen, vor allem der Ärzte, Zahnärzte, Apotheker und pharmazeutischen Industrie, vertreten. Dagegen hielten die Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber sowie der Spitzenverbände der Orts-, Betriebs-, Innungs- und landwirtschaftlichen Krankenkassen sowie der Arbeiter-Ersatzkassen eine gesetzliche Regelung für unerläßlich, weil sie der Auffassung waren, daß nur so eine wirksame Stabilisierung der Kostenentwicklung in der Krankenversicherung auf Dauer gesichert werden könne. Dieser Auffassung schlossen sich die Ersatzkassen für Angestellte für den Krankenhausbereich an. Im übrigen waren sie jedoch ebenso wie die Deutsche Angestellten-Gewerkschaft der Meinung, daß auf gesetzliche Maßnahmen verzichtet werden könne.

Diese unterschiedlichen Grundpositionen führten dazu, daß der Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung dem Gesetzentwurf im ganzen mit der Mehrheit der Fraktionen der SPD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion der CDU/CSU zugestimmt hat. Dagegen ergaben sich bei der Abstimmung über Einzelregelungen häufig übereinstimmende Meinungen aller drei Fraktionen.

Der Ausschuß hat mit Mehrheit beschlossen, dem Deutschen Bundestag die Annahme des Gesetzentwurfs der Bundesregierung zur Dämpfung der Ausgabenentwicklung und zur Strukturverbesserung in der gesetzlichen Krankenversicherung — Drucksachen 8/166, 8/173 — in der Fassung der Ausschußbeschlüsse anzunehmen.

I. Gesetzliche Maßnahmen oder konzertierte Aktion

Um die vom Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung gemeinsam verfolgten Ziele zur Kostendämpfung zu erreichen, bedarf es nach Meinung der Fraktionen der SPD und FDP unbedingt der Hilfestellung des Gesetzgebers in Form der Regelungen des Regierungsentwurfs, um in allen Bereichen des Gesundheitswesens die Orientierung der Selbstverwaltung an den wirtschaftlichen Möglichkeiten zu verstärken.

Die Fraktion der CDU/CSU hingegen sprach sich für eine konzertierte Aktion der an der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung Beteiligten aus und legte einen Antrag vor, der die gesetzliche Verankerung der konzertierten Aktion vorsah. Hieran sollten auf Einladung des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung, der auch die Beratungsgrundlagen vorlegen soll, Vertreter der gesetzlichen Krankenkassen, der Ersatzkassen, der Ärzte, der Zahnärzte, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Apotheker, der pharmazeutischen Industrie, der Gewerkschaften, der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände und der Länder teilnehmen. Die Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit sowie für Wirtschaft sollen beteiligt sein. Der Sozialbeirat und der Bundesgesundheitsrat sollen Stellungnahmen abgeben können. Diese Beteiligten sollten nach den Vorstellungen der Antragsteller gemeinsam, mit dem Ziel einer den Stand der medizinischen Wissenschaft berücksichtigenden bedarfsgerechten Versorgung und einer ausgewogenen Verteilung der Lasten, Rahmen- und Orientierungsdaten für die Leistungsentgelte (Umfang-Bewertung) sowie Vorschläge zur Rationalisierung und Erhöhung der Effektivität im Gesundheitswesen entwickeln und miteinander abstimmen. Weiterhin sollte die Bundesregierung verpflichtet werden, dem Parlament erstmals zum 30. Juni 1979 über die Erfahrungen mit der konzertierten Aktion zu berichten, insbesondere darüber, ob die Ausgabenentwicklung der gesetzlichen Krankenkassen mit der Einkommensentwicklung der Versicherten in Einklang gebracht werden konnte, und gegebenenfalls Vorschläge für zu treffende Maßnahmen zu machen.

Diese Vorschläge können nach Meinung der Antragsteller die Grundlage für freiwillige und freiheitliche Kostendämpfungsmaßnahmen der Beteiligten sein. Die unter Argumentationszwang stehende konzertierte Aktion müsse auch im eigenen Interesse der Beteiligten Lösungen finden, da der Erfolg oder Mißerfolg nach dem Vorschlag den gesetzgebenden Körperschaften periodisch mitzuteilen sei. Maßstab für Erfolg oder Mißerfolg soll auch sein, inwieweit die Ausgabenzuwächse der Krankenversicherung mit der Einkommensentwicklung der Versicherten in Einklang gebracht werden konnten. Bei einem evtl. Mißerfolg sollte die Bundesregierung gesetzgeberische Maßnahmen vorschlagen. Die Mitglieder der Fraktion der CDU/CSU sehen insbesondere deswegen ihren Vorschlag als erfolgversprechend an, weil es im vergangenen Jahr aufgrund von freiwillig vereinbarten Kostendämpfungsmaßnahmen gelungen sei, den Kostenanstieg im Verhältnis zum Vorjahr erheblich zu senken. Diese positive Entwicklung dürfe nicht durch, nach ihrer Meinung voreilige, gesetzliche Maßnahmen unterbrochen werden. Nach ihren ordnungspolitischen Vorstellungen seien staatliche Maßnahmen erst geboten, wenn die Erstverantwortlichen keine Lösung erbrächten.

Die Fraktionen der SPD und FDP hielten demgegenüber eine gesetzliche Regelung für unerläßlich. Sie wiesen darauf hin, daß die enormen Kostensteigerungen in den vergangenen Jahren vor allem auf strukturelle Schwächen und Fehlentwicklungen im Bereich der Krankenversicherung zurückzuführen seien. Diese ließen sich durch Maßnahmen auf freiwilliger Grundlage nicht auf Dauer beheben. Die Fraktionen der SPD und der FDP verkannten nicht, daß im vergangenen Jahr durch freiwillige Dämpfungsmaßnahmen der Kostenanstieg gebremst werden konnte. Sie gaben jedoch zu bedenken, daß einige Kassenärztliche Vereinigungen der freien Vereinbarung nicht beigetreten seien und das künftige

Verhalten der Beteiligten nicht absehbar sei. Daher und angesichts der beträchtlichen Kostensteigerungen in allen Bereichen des Gesundheitswesens während der vergangenen Jahre sei nicht zu erwarten, daß ohne ein sozial ausgewogenes Konzept der gesetzlichen Begrenzung von Ansprüchen und Leistungen die Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens gesichert werden könne. Es dürfe nicht im wesentlichen eine Angelegenheit der Leistungsanbieter im Gesundheitswesen sein, die Kostensteigerung oder Kostendämpfung zu beeinflussen. Die Versichertengemeinschaft müsse ebenso Einflußmöglichkeiten haben. Es sei mit dem Gebot der Gerechtigkeit unvereinbar, der Versichertengemeinschaft auf der Beitrags- und Anspruchsseite Belastungen oder Beschränkungen durch den Gesetzgeber aufzuerlegen, wenn die Kostendämpfung bei Ärzten, Krankenhäusern und in der Arzneimittelversorgung der sozial gebundenen Eigenverantwortung überlassen bleibe. Die in allen Bereichen des Gesundheitswesens gesetzlich vorgesehene stärkere Orientierung der Selbstverwaltung an den wirtschaftlichen Möglichkeiten sei nach Meinung der Fraktionen der SPD und FDP kein unzulässiger Eingriff in die Autonomie der Selbstverwaltung. Vielmehr werde der Verantwortungsbereich der Selbstverwaltung, jedoch unterschiedlich auf den verschiedenen Ebenen, erweitert. Ihre Aufgabe werde es künftig sein, im Bereich der ärztlichen und zahnärztlichen Vergütungen, der Versorgung mit Arzneimitteln sowie mit Krankenhausleistungen, die Ausgabenzuwächse an der Entwicklung der Einnahmen der Krankenversicherung zu orientieren. Diese von den Koalitionsfraktionen getragenen längerfristig wirkenden Maßnahmen des Regierungsentwurfs könnten nach ihrer Ansicht eine dauerhafte Grundlage sein, — aufbauend auf einer soliden Finanzierung — den erforderlichen und vertretbaren Ausbau der medizinischen Versorgung zu garantieren. Die Mitglieder der Fraktionen von SPD und FDP haben daher geschlossen den Antrag der Fraktion der CDU/CSU auf gesetzliche Verankerung der konzertierten Aktion abgelehnt.

II. Änderungen des Beitrags- und Leistungsrechts

Der Ausschuß vertrat übereinstimmend die Meinung, daß auch die Versicherten zur Kostendämpfung beitragen müßten. Dies soll einmal durch eine stärkere Beteiligung der Versicherten an Leistungen der GKV erfolgen, wie z. B. an den Kosten für Arzneimittel, Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlung. Im Ausschuß setzte sich die Auffassung der Mehrheit durch, daß auch Rentner insbesondere an den Arzneimittelkosten beteiligt werden sollten, Kinder sollen dagegen weiterhin befreit bleiben. Durch die Beseitigung von starren Höchstbeträgen werden diese Vorschriften praktikabler ausgestaltet. Sie lassen außerdem der Selbstverwaltung einen größeren Entscheidungsspielraum. Einigkeit bestand im Ausschuß auch darüber, daß einige Leistungen wie z. B. die Haushaltshilfe durch Verwandte, die Fahrkostenerstattung oder die Familienhilfe auf ein sozialpolitisch vertretbares Maß zurückgeführt werden sollten. Schließlich soll die Krankenversicherung durch die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze in die Lage versetzt werden, die auf sie zukommenden Belastungen zu tragen.

Zur Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze wiesen die Vertreter der SPD darauf hin, daß es sich um eine Maßnahme der Beitragsgerechtigkeit handele; die höher verdienenden Versicherten müßten verstärkt in die Solidarität aller Versicherten einbezogen werden. Außerdem sei die Krankenversicherung auf diese Mehreinnahmen angewiesen. Demgegenüber machte die Fraktion der CDU/CSU geltend, daß eine derartige Maßnahme den Leistungswillen dämpfen werde. Sie treffe nicht die Gesamtheit der Beitragszahler sondern nur einen kleinen Personenkreis. Höher verdienende Angestellte könnten sich durch Abwanderung in die private Krankenversicherung der Beitragsanhebung entziehen und so die Solidargemeinschaft der Krankenversicherten schwächen. Die Vertreter der SPD verneinten zwar nicht die Möglichkeit der Abwanderung, waren jedoch der Auffassung, daß sie nicht den befürchteten Umfang annehmen werde, da sich die Versicherten der nachteiligen Folgen eines solchen Schrittes bewußt seien.

Nach Auffassung der Koalitionsfraktionen ist eine nennenswerte Abwanderung aus der gesetzlichen zur privaten Krankenversicherung nicht zu befürchten, wenn — gemäß dem Beschluß des Ausschusses — die Möglichkeit zum freiwilligen Beitritt zur Rentnerkrankenversicherung stark eingeschränkt wird.

III. Änderungen des Kassenarztrechts

Besonders eingehend und kontrovers behandelte der Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung, auch auf dem Hintergrund des Ergebnisses der Sachverständigenanhörungen, die Vorschläge des Regierungsentwurfs und eine Vielzahl von Änderungsanträgen der Fraktionen der SPD und FDP einerseits und der CDU/CSU andererseits zur Änderung des Kassenarztrechts (§§ 368 bis 368 q RVO). Einigkeit bestand im wesentlichen nur bei Abstimmungen über Vorschriften, die angelehnt am geltenden Recht, die Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung betreffen. Die über diesen Rahmen hinausgehenden Beschlüsse zur Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung, z. B. durch die Einbeziehung der Krankenhausfachärzte in die kassenärztliche Versorgung, die kassenärztlichen Vergütungen und die Neugestaltung der Regeln über die Arzneimittelversorgung wurden auf Antrag der Koalitionsfraktionen mit Mehrheit gefaßt, nachdem entsprechende Anträge der Opposition zuvor abgelehnt worden waren.

1. *Die Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung*

a) Einstimmig folgte der Ausschuß dem Regierungsentwurf, soweit er, wie im geltenden Recht, die Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung, den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Verbänden der Krankenkassen im

Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und der Richtlinien der Bundesausschüsse aufträgt.

b) Mit Mehrheit übernahm der Ausschuß den Regierungsentwurf, den Krankenhausfachärzten unter der Voraussetzung die Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung zu ermöglichen, daß die stationäre Krankenhausversorgung nicht beeinträchtigt werde und ein Bedürfnis bestehe. Die dienstrechtlichen Voraussetzungen einer solchen Tätigkeit des Arztes im Verhältnis zum Krankenhausträger sollen unberührt bleiben. Auf Antrag von SPD und FDP wurden die entsprechenden Vorschriften über die Verordnungsermächtigung für die Zulassungsordnung modifiziert. Um die Krankenhausversorgung nicht zu gefährden, soll die Teilnahme der Krankenhausfachärzte und vergleichbarer Krankenhauszahnärzte in bestimmten Zeitabständen hinsichtlich des weiteren Vorliegens der Voraussetzungen überprüft werden können. Diesem Ziel diene auch die Erweiterung der Verordnungsermächtigung, die verdeutlichen soll, unter welchen Voraussetzungen die Krankenhäuser im Wege der Ermächtigung in den genannten Fällen an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmen können.

Die Ausschußmitglieder der Fraktionen der SPD und FDP gingen bei den Vorschriften über die Förderung belegärztlicher Tätigkeit von einem modernen verbesserten Belegarztsystem aus.

Sie betonten nachdrücklich, daß nicht generell die Einbeziehung der Krankenhausfachärzte in die ambulante Versorgung gewollt sei, sondern nur, wenn der Sicherstellungsauftrag durch niedergelassene Ärzte nicht erfüllt und wenn durch die Beteiligung die Krankenhausversorgung nicht gefährdet werde. Die vorgesehene Teilnahme der Krankenhausfachärzte solle gewährleisten, daß das System der gesundheitlichen Versorgung unter Beachtung der strukturellen Gegebenheiten funktionsfähig bleibe. Dabei müßten Wettbewerbsverzerrungen zu Lasten der niedergelassenen Ärzte vermieden werden. Diese mehr strukturelle Änderung des Kassenarztrechts werde auch einen kostendämpfenden Effekt haben, weil die bisher mangelnde Flexibilität und Koordination zwischen den beiden medizinischen Versorgungsbereichen durch mehr Kooperationsmöglichkeiten überbrückt werden könne. Dies entspreche auch einer Forderung der gesundheits- und sozialpolitischen Vorstellungen der Ärzteschaft im Jahre 1974. Hierzu sei ebenfalls der Ausbau des Belegarztwesens, der ausdrücklich auch von den Mitgliedern der CDU/CSU-Fraktion befürwortet werde, zu rechnen, wenn auch nach Ansicht von Mitgliedern der Koalition nicht immer gute Erfahrungen gemacht worden seien. Vorhandene Überkapazitäten gerade im investiven Sektor könnten zugunsten der Ausgabenentwicklung abgebaut werden. Die Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser könne durch die Einbeziehung der Krankenhausfachärzte in die ambulante Versorgung und den Ausbau des Belegarztwesens verbessert werden. Hierbei müsse es zusätzlich darauf ankommen, vom Bau weiterer Großkrankenhäuser abzusehen und die Existenz kleinerer leistungsfähiger und regional notwendiger Krankenanstalten nicht zu gefährden.

Die Fraktion der CDU/CSU lehnte die Einbeziehung der Krankenhausfachärzte in die ambulante Versorgung unter den Voraussetzungen des Regierungsentwurfs ab. Nach ihrer Ansicht haben sich die derzeit schon bestehenden Möglichkeiten, zur Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung Krankenhauschefärzte zu beteiligen, als ausreichend erwiesen. Es sei deshalb nicht erforderlich, für alle Krankenhausfachärzte eine Beteiligungsmöglichkeit zu schaffen. Die vorgesehene Regelung gefährde die Tätigkeit der in freier Praxis niedergelassenen Ärzte, gerade im Umfeld von Krankenhäusern. Außerdem würden die Bemühungen um eine gleichmäßige ärztliche Versorgung weitgehend zunichte gemacht. Sie befürchte weiterhin, daß durch die vorgesehene Regelung eine erhebliche Kostenausweitung folgen werde. In vielen Fällen müßten zusätzliche Ärzte von den Krankenhäusern angestellt werden. Die für eine ambulante Tätigkeit des angestellten Arztes notwendige Genehmigung des Krankenhausträgers reiche als Regulativ nach ihrer Meinung nicht aus, weil bei der vorgesehenen Öffnung für Krankenhausfachärzte die Stellung der Krankenhausträger bei den Vertragsverhandlungen schwächer werde. Die Inanspruchnahme des gesamten Krankenhausapparates bedinge einen kostensteigenden Effekt. Es werde weiter befürchtet, daß die vorgesehenen Maßnahmen den Trend zum Großkrankenhaus verstärken, dies diene weder der Gesundheit noch der beabsichtigten Kostendämpfung. Nach ihrer Meinung müsse das Belegarztsystem und im Zusammenhang damit eine entsprechende Ausgestaltung der Institutsverträge verfolgt werden, — was die Koalition auch befürwortet. Dies habe einmal kostendämpfende Wirkungen und zum anderen sei eine solche Regelung für das Verhältnis zum Patienten günstiger. Schließlich könne man sich bei der Verbesserung des Belegarztsystems auf größere Erfahrungen stützen.

c) Der Sicherung der kassenärztlichen Versorgung dient auch der mit Mehrheit angenommene Antrag der Fraktionen der SPD und FDP, daß die Kassenärzte künftig nur unter Beachtung einer angemessenen Frist, deren Dauer durch Rechtsverordnung festgelegt werden solle, auf ihre Zulassung als Kassenarzt verzichten können. Damit soll vermieden werden, daß sich ein Kassenarzt mit sofortiger Wirkung von seinen Verpflichtungen im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung lösen kann.

2. *Die Vergütungsregelungen für Ärzte und Zahnärzte*

Die Vorschriften über die kassenärztliche Vergütung, die der Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung mit Mehrheit auf der Grundlage des Regierungsentwurfs und verschiedener Änderungsanträge der SPD und FDP beschlossen hat, lehnten die

Ausschußmitglieder der CDU/CSU-Fraktion ab, weil sie anstelle der gesetzlich vorgeschriebenen stärkeren Orientierung der Selbstverwaltung an den wirtschaftlichen Möglichkeiten eine gesetzlich verankerte konzertierte Aktion der Beteiligten am Gesundheitswesen mit dem Ziel der Kostendämpfung beantragt hatte.

a) Die Kriterien des § 368 f Abs. 3

Die für die Veränderung der Gesamtvergütung im Regierungsentwurf vorgesehenen maßgeblichen Kriterien des § 368 f Abs. 3 waren während der Beratungen umstritten. Die Sprecher der Opposition forderten, die Zahl der Ärzte als weiteres Kriterium für die Gesamtvergütung zu berücksichtigen. Die Zahl der Ärzte hielten die Vertreter der CDU/CSU für notwendig, damit ein Anreiz zur Niederlassung nicht verlorengehe, wodurch die kassenärztliche Versorgung gefährdet werden könne. Die Koalitionssprecher waren dagegen der Meinung, daß eine Beeinflussung der Arztdichte durch Einkommensregelungen mit dem Grundsatz der Freiberuflichkeit unvereinbar sei. Die Qualität der ärztlichen Versorgung, insbesondere im Hinblick auf den medizinisch technischen Fortschritt werde unter den vorgesehenen Regelungen nicht, wie die Opposition befürchte, leiden; denn die Entwicklung der Praxiskosten und die aufzuwendende Arbeitszeit sowie Art und Umfang der gesetzlich oder satzungsmäßig auszuweitenden Leistungen müßten mit berücksichtigt werden. Jedoch sollten künftig die Rationalisierungsvorteile auch an die Versicherten bzw. deren Krankenkassen weitergegeben werden. Die nun vorgesehene objektive Begrenzung der Praxis- und Leistungskosten verhindere einen doppelten Dynamisierungseffekt, der in der Vergangenheit überproportionale Einkommenszuwächse verursacht habe. Die Berücksichtigung der gesamtwirtschaftlichen Kriterien bei der Veränderung der Preis- und der damit verbundenen Einkommenssituation war unbestritten, wenn auch über die Methoden keine Einigung zu erzielen war.

b) Der Arzneimittelhöchstbetrag in § 368 f Abs. 6

Mit Mehrheit hat der Ausschuß die Regelung des Regierungsentwurfs übernommen, daß im Gesamtvertrag für einen zu vereinbarenden Zeitraum ein Höchstbetrag der im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung zu Lasten der beteiligten Kassen zu verordnenden Arzneimittel zu bestimmen sei. Hierbei seien insbesondere die Entwicklung der Preise der verordneten Arzneimittel und die Zahl der Patienten einerseits sowie die Entwicklung der durchschnittlichen Grundlohnsumme der beteiligten Krankenkassen andererseits zu berücksichtigen. Nach Meinung der Sprecher von SPD und FDP ist diese Regelung eine von therapeutischer und wirtschaftlicher Notwendigkeit geleitete Begrenzung der Arzneimittelverordnungen, die hierbei mittelbar das Wirtschaftlichkeitsbewußtsein der Kassenärzte erhöhen werde. Dies stelle eine folgerichtige Erweiterung des für den einzelnen Kassenarzt schon geltenden Wirtschaftlichkeitsgebots dar. Andererseits werde durch die Gestaltung des Arzneimittelhöchstbetrages als Globalsumme vermieden, daß sich für den einzelnen Arzt eine Begrenzung seiner individuellen Therapiefreiheit ergebe.

Dies aber befürchteten die Sprecher der CDU/CSU, als sie die ablehnende Haltung ihrer Fraktion zur Regelung des Arzneimittelhöchstbetrages begründeten. Diese Vorschrift berge die Gefahr in sich, daß die Verordnungspraxis in bedenklicher Weise eingeschränkt werde. Bei den Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen könne der Eindruck entstehen, ihre Versorgung mit Arzneimitteln sei nicht optimal.

Auf Antrag von SPD und FDP wurden mit Mehrheit gegen die Stimmen der CDU/CSU die Vorschriften des Regierungsentwurfs abgeändert, daß bei Überschreitungen des vereinbarten Arzneimittelhöchstbetrages um mehr als 5 % die Partner des Gesamtvertrages über eine mögliche Anrechnung auf die Gesamtvergütung verhandeln sollten. Diese Regelung erschien den Koalitionsfraktionen nicht zweckmäßig. Nach ihrer Meinung sei vielmehr vorzusehen, daß die Vertragspartner des Arzneimittelhöchstbetrages die Ursachen der Überschreitungen feststellen und — soweit diese nicht auf Epidemien oder dergleichen beruhen — zur Sicherung der Wirtschaftlichkeit im Umfange einer nicht vertretbaren Überschreitung verstärkte und gezielte Prüfungen der Verordnungsweise einzelner Kassenärzte veranlassen. Der Überschreitungsbetrag soll im Wege des Einzelregresses ausgeglichen werden, der nunmehr von paritätisch von Ärzten und Krankenkassen besetzten Prüfungs- und Beschwerdeausschüssen zu beschließen sei. Gegen diese Entscheidungen sei der Sozialgerichtsweg gegeben.

c) Die Empfehlungsvereinbarungen nach § 368 Abs. 4 und 7

Die Bundesverbände der Krankenkassen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben nach den mit Mehrheit beschlossenen Vorschriften einmal jährlich eine einheitliche Empfehlungsvereinbarung unter Berücksichtigung der Kriterien des § 368 f Abs. 3 über eine angemessene Veränderung der Gesamtvergütung abzugeben. Diese sollten bei den Vereinbarungen auf Landesebene berücksichtigt werden. Auf Antrag von SPD und FDP wurde der Regierungsentwurf dahin ergänzt, daß die Möglichkeit der Vertragspartner der Gesamtverträge deutlich herausgestellt werde, von der Empfehlungsvereinbarung abzuweichen, wenn besondere regionale Verhältnisse dies rechtfertigen. Dies könne z. B. bei einer auffälligen Abweichung der Grundlohnsummenentwicklung der Fall sein. Diese Änderung entsprach den Vorstellungen der CDU/CSU, die bezüglich des Regierungsentwurfs bemängelt hatte, daß notwendige regionale Differenzierungen und vorhandene strukturelle Unterschiede nicht genügend Berücksichtigung fänden. Dennoch lehnte die Opposition die Empfehlungsvereinbarung der Bundesverbände

ab, weil eine Richtlinienkompetenz der Bundesverbände föderativen Grundsätzen und dem dezentralen System in der gesetzlichen Krankenversicherung widerspreche.

Die Sprecher der Koalition hingegen betonten den Orientierungscharakter der Empfehlung der Bundesverbände. Trotzdem könne nach Meinung der Minderheit im Ausschuß die Bundesempfehlung preistreibend wirken, weil in Regionen mit bisher niedrigen Bedarfssätzen eine Anpassung nach oben wahrscheinlich vorgenommen werde. Diese Möglichkeit, unterschiedliche Vereinbarungen zu treffen, werde nach Ansicht der Sprecher von SPD und FDP durch die Bundesempfehlung nicht versperrt, weil sie einmal die unterschiedlichen Ausgangsdaten berücksichtige, insbesondere wenn die Zuwachsrate im Vomhundertsatz ausgedrückt werde. Zudem werde, da die Empfehlung gemeinsam von den gesetzlichen Krankenkassen und Ersatzkassen zu treffen sei, eine Einigung über die verschiedenen Interessen möglich sein. Die Erfahrung der freiwilligen Empfehlungsvereinbarung von 1976 zeige im übrigen, daß der Spielraum nicht unbedingt ausgeschöpft werden müsse und unterschiedliche Regelungen möglich machte. Die einheitliche Empfehlung sei aber ein wichtiges Orientierungsdatum, weil sie eine Begrenzung des durchschnittlichen Wachstums nach oben festlege.

Die nach § 368 f Abs. 7 von den Bundesverbänden abzugebende Empfehlung über eine angemessene Veränderung der Arzneimittelhöchstbeträge wurde mit den Stimmen der Ausschußmitglieder von SPD und FDP gegen die Stimmen der Opposition entsprechend dem Regierungsentwurf angenommen.

d) Die Gesamtverträge nach § 368 g Absätze 1 bis 3

Einstimmig änderte der Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung entsprechend dem Regierungsentwurf das Vertragssystem. Zur Stärkung der Verhandlungskompetenzen der Krankenkassen gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen sollen die Landesverbände der Krankenkassen Gesamtverträge schließen. Entsprechend einem Änderungsvorschlag des Bundesrates, der von SPD und FDP einerseits und CDU/CSU andererseits aufgegriffen wurde, sollen für überbereichliche Betriebskrankenkassen, die nicht Mitglied eines Bundesverbandes sind, auch die Landesverbände als Vertragspartner handeln können. Außerdem wurden Delegationsmöglichkeiten eingeführt. Auf Antrag von SPD und FDP wurde weiterhin ein Anhörungsrecht der beteiligten Krankenkassen festgelegt, damit bei den Vertragsabschlüssen die Landesverbände krankenkassenspezifische Besonderheiten besser zur Geltung bringen können.

e) Bundeseinheitlicher Bewertungsmaßstab

Mit Mehrheit hat der Ausschuß den im Regierungsentwurf in Ergänzung der in § 368 f getroffenen Vergütungsregelungen in § 368 g Abs. 4 vorgesehenen bundeseinheitlichen Bewertungsmaßstab als für alle Kassenarten verbindliches Leistungsverzeichnis kassenärztlicher Leistungen übernommen. Dieser soll von paritätisch besetzten Bewertungsausschüssen vereinbart werden; im Nichteinigungsfall soll der Bewertungsmaßstab durch ein Schiedsverfahren festgelegt werden.

Die Opposition lehnte diese Vorschrift ab, weil nach ihrer Meinung durch diese Vereinheitlichung der Wettbewerb der Kassenarten im Verhältnis zu den Ersatzkassen, der bisher den Patienten zugute gekommen sei, entfalle. Demgegenüber vertrat die Koalition die Auffassung, daß die neue Regelung der persönlichen Leistung der Ärzte besser Rechnung tragen könne (siehe § 525 c).

f) Die Vergütung belegärztlicher Tätigkeit

Mit Mehrheit hat der Ausschuß die Vorschriften über die Vergütung belegärztlicher Tätigkeit entsprechend dem Regierungsentwurf und einem Änderungsantrag von SPD und FDP beschlossen.

Die Mitglieder der Fraktion der CDU/CSU lehnten diese Vorschriften ab, weil nach ihrer Ansicht die von allen Fraktionen befürwortete Verstärkung belegärztlicher Tätigkeit beeinträchtigt werde. Die vorgesehene Regelung berücksichtige nicht, daß der Belegarzt auch die Praxiskosten bestreiten müsse und Einschränkungen in den Abrechnungsmöglichkeiten für diagnostische Leistungen unterworfen sei, die bei ambulanten Behandlungen nicht gelten. Die Sprecher der Fraktionen der SPD und FDP sahen diese mögliche Beeinträchtigung belegärztlicher Tätigkeit nicht, weil durch ihren Änderungsantrag klargestellt werde, daß bei der Vergütung auch die Besonderheiten belegärztlicher Tätigkeit angemessen berücksichtigt würden.

g) Besondere Vergütungsregelungen für zahnärztliche und zahntechnische Leistungen (§§ 368 Abs. 6; 368 f Abs. 8; 368 g Absätze 5 und 5 a)

Der Regierungsentwurf enthielt in § 368 Abs. 5 eine Bestimmung darüber, daß in Gesamtverträgen auch die Herstellungskosten bei Zahnersatz und Zahnkronen Bestandteil der Vergütung sein müssen. In Ergänzung hierzu hat der Ausschuß auf Antrag von SPD und FDP die weiteren Vorschläge des Bundesrates mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen der SPD und FDP sowie einigen Mitgliedern der CDU/CSU übernommen. Wegen der Einzelheiten wird auf den besonderen Teil Artikel 1 § 1 Nr. 27 a verwiesen.

In diesem Zusammenhang hat der Ausschuß einstimmig eine Entschließung verabschiedet, wonach die Bundesregierung gebeten wird, zu prüfen ob zwischen praxiseigenen zahntechnischen Labors und gewerblichen zahntechnischen Labors Wettbewerbsverzerrungen bestehen, und Vorschläge zu machen, wie diese beseitigt werden können. Hierbei werden u. a. unterschiedliche gewerbe- und steuerrechtliche Regelungen geltend gemacht.

IV. Die Arzneimittelversorgung im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung (§ 368 p)

Diese Vorschriften wurden auf Antrag von SPD und FDP neu gefaßt.

1. Preisvergleich

Die Ergänzung der Vorschrift des § 368 p Abs. 1 des geltenden Rechts durch Anfügung eines neuen Satzes 2 über den Inhalt der Arzneimittelrichtlinien wurde vom Ausschuß mit Mehrheit beschlossen. Diese Richtlinien über die Verordnung von Arznei- und Heilmitteln haben Arznei- und Heilmittel so zusammenzustellen, daß dem Arzt der Preisvergleich und die Auswahl therapiegerechter Verordnungsmengen ermöglicht wird. Ziel dieser Richtlinie soll u. a. sein, daß der Arzt stärker als bisher wirtschaftlich orientiert verordnet. Im Gegensatz zu den Sprechern der CDU/CSU sehen die Ausschußmitglieder von SPD und FDP darin keinen Eingriff in die Therapiefreiheit, weil der Arzt nur verpflichtet werde, einen Preisvergleich bei der Verordnung anzustellen.

2. Die Richtlinien über Arzneimittel für geringfügige Gesundheitsstörungen

Einstimmig übernahm der Ausschuß den Antrag von SPD und FDP, Absatz 8 des § 368 p des Regierungsentwurfs neu zu fassen.

Diese Vorschrift entspricht der Änderung von § 182 Abs. 1 Nr. 1 Buchstabe b, wonach als Krankenhilfe zu gewähren sei: die Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln, soweit sie nicht durch Satzung entsprechend den Richtlinien der Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen eingeschränkt sei. Wenn also die Krankenhilfe insoweit ausgeschlossen werden könne, sollte auch die Richtlinie für die Verordnung entsprechend gestaltet sein. Maßgeblich müsse jedoch bei einhelliger Ansicht im Ausschuß in jedem Fall die Zumutbarkeit für den Versicherten sein, dies gelte sowohl für eine allgemeine Beurteilung als auch für die Beurteilung im Einzelfall. Die vorgesehene Regelung schränkt nach einmütiger Ansicht im Ausschuß die Therapiefreiheit nicht ein. Dies müsse auch für die Verordnung von Naturheilmitteln gelten, die gerade auch bei nicht geringfügigen Gesundheitsstörungen notwendig sein können. Deshalb müsse der Bundesausschuß für die Richtlinien beachten, daß bestimmte Arzneimittelgruppen nicht einseitig benachteiligt werden dürfen (auf die Beispiele in der Begründung des Regierungsentwurfs wird verwiesen).

Bei der Erstellung der Richtlinien habe der Bundesausschuß nach der gemeinsam bei den Beratungen vertretenen Meinung, die im Gesetzentwurf jetzt Niederschlag gefunden hat, auch Sachverständige der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaft und Praxis, sowie der pharmazeutischen Industrie und der Berufsvertretungen der Apotheker anzuhören. Die Richtlinie bedürfe der Zustimmung des Bundesarbeitsministers.

V. Änderungen im Krankenhausbereich

1. Das Vertragssystem zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen über Krankenhauspflege

Die Regelung der Beziehungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern auf der Grundlage eines Vertragssystems über die Sicherstellung der Krankenhauspflege einschließlich der Pflegesätze hat der Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung entsprechend dem Regierungsentwurf und verschiedenen Änderungsanträgen der SPD und FDP gegen die Stimmen der Ausschußmitglieder der CDU/CSU mit Mehrheit beschlossen.

a) Die Verträge über Krankenhauspflege (§§ 371, 372).

Künftig sollen nach den mit Mehrheit beschlossenen Vorschriften des Regierungsentwurfs die Krankenkassen den Versicherten nur in den Krankenhäusern Krankenhauspflege gewähren, die sich gegenüber den Landesverbänden bereit erklärt haben und mit denen ein Vertrag über Krankenhauspflege geschlossen ist. Andererseits soll der Versicherte nur unter diesen Krankenhäusern wählen dürfen, wenn er Krankenhauspflege beansprucht. Die Landesverbände der Krankenkassen sollen den Vertragsschluß nur ablehnen dürfen, wenn eine wirtschaftliche Leistungserbringung nicht zu erwarten ist und die Ziele des Krankenhausbedarfsplanes gefährdet werden. Der Vertragsschluß und die Vertragsauflösung sollen an die Zustimmung der Aufsichtsbehörde des Landesverbandes geknüpft werden. Mit dieser Einschaltung der Krankenkassen als Selbstverwaltungskörperschaften könne über die Vertragsverhandlungen kostendämpfend auf die Krankenhauspflege eingewirkt werden.

Die Opposition hat die Regelung des Regierungsentwurfs abgelehnt und statt dessen beantragt, die Krankenkassen zu verpflichten, Versicherten in Hochschulkliniken und in Krankenhäusern, die im Krankenhausbedarfsplan aufgenommen sind oder die sich bereit erklärt haben, Krankenhauspflege zu gewähren. Bei der letzten Gruppe sollten die Krankenkassen mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde das Angebot ablehnen können, so daß auch unabhängig von der Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser bei Gefährdung der Krankenhausplanung eine Ablehnung erfolgen könne.

Abweichend vom Regierungsentwurf sollen nach der mit Mehrheit auf Antrag von SPD und FDP beschlossenen Fassung von § 372 Satz 1 die Landesverbände der Krankenkassen im Benehmen mit den Krankenkassen mit den Krankenhausträgern Verträge über die allgemeinen Bedingungen in den Vertragskrankenhäusern, die nun in der Vorschrift beispielhaft und nicht enumerativ aufgezählt sind, abschließen. Die Krankenhausträger sollen sich von ihren Landesverbänden vertreten lassen dürfen. Obwohl die näheren Bestimmungen des Inhalts der Verträge in die Vorschrift nun aufgenommen worden sind, haben die Mitglieder der CDU/CSU

den Antrag der SPD und FDP abgelehnt, weil nach ihrer Meinung nicht ausreichend der Grundsatz der Chancengleichheit zugunsten der Krankenhäuser gesichert sei. Während auf der Krankenkassenseite deren Landesverbände im Benehmen mit den Mitgliedskassen verhandelten, seien die Krankenhäusträger nur berechtigt, ihre Landesverbände zu beauftragen. Die Opposition schloß sich nicht der Meinung der Koalition an, daß diese Regelung gerade im Hinblick auf das Übergewicht einiger Krankenhausträger notwendig sei. Im übrigen sei nach ihrer Meinung durch die vorgesehene Bestimmung eine Kooperation der Krankenhausträger im Hinblick auf die Verhandlungen mit den Kassen nicht ausgeschlossen.

b) Vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Behandlung (§ 372 Satz 2)

In den Verträgen über die Krankenhauspflege sollen nach dem Regierungsentwurf, der von SPD und FDP im Änderungsantrag übernommen wurde, auch Vereinbarungen über zeitlich begrenzte vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Behandlung getroffen werden können, wenn diese nach §§ 184 und 184 a vom Kassenarzt angeordnet sei. Diese Regelung der RVO findet eine Entsprechung in § 2 KHG, so daß die Kosten über Pflegesätze abzurechnen sind. Von dieser Regelung soll die vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Behandlung unberührt bleiben, die aufgrund eigener vertraglicher Beziehung zwischen angestellten Ärzten und Patienten erbracht werden. Die Fraktionen von SPD und FDP halten diese Regelung für einen zweckmäßigen Weg, sowohl eine bessere medizinische Versorgung als auch eine Kosteneindämmung zu erreichen. Die bisherige scharfe Trennung von ambulanter und stationärer Behandlung sei unbeweglich und kostenintensiv. So sei z. B. festgestellt worden, daß ein erheblicher Bettenbedarf von 10 bis 20 % notwendig sei, weil in den Krankenhäusern keine Möglichkeit zu vorstationärer Diagnostik und nachstationärer Behandlung vorhanden sei. Die stärkere Verzahnung der medizinischen Versorgungsbereiche sei also anzustreben.

Die Ausschußmitglieder der CDU/CSU erkannten zwar an, daß die Verträge über vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Behandlung die ambulante kassenärztliche Versorgung nicht berührten. Jedoch sei es nach ihrer Meinung verfrüht, jetzt schon die Möglichkeit für vertragliche Regelungen über vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Behandlung zu eröffnen. Damit zusammenhängende Probleme seien noch keineswegs übersehbar. Insbesondere hinsichtlich der vorstationären Diagnostik fehlten Erfahrungen darüber, in welchen Fällen sie überhaupt in Betracht komme und in welchem Umfang durch sie eine Abkürzung der Krankenhausverweildauer und ein kostensenkender Effekt zu erwarten sei. Entsprechend der Entschließung der 37. Gesundheitsministerkonferenz vom 27. Februar 1976 werde es deshalb für angebracht gehalten, eine gesetzliche Regelung erst dann in Erwägung zu ziehen, wenn die Ergebnisse der einschlägigen Untersuchungen des Deutschen Krankenhausinstituts und der laufenden Modellversuche bekannt und ausgewertet worden seien.

2. *Die Pflegesatzvereinbarungen (§§ 18, 18 a KHG)*

Mit Mehrheit hat der Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung die Vorschriften der §§ 18 und 18 a KHG in der von den Fraktionen der SPD und FDP vorgelegten Fassung des Regierungsentwurfs beschlossen. Als wesentliche Änderung des Regierungsentwurfs ist der Übergang der Verhandlungskompetenzen von den Landesverbänden der Krankenkassen und der Krankenhausgesellschaft auf das einzelne Krankenhaus und die einzelne Kasse zu bezeichnen. Die Fraktion der CDU/CSU lehnte diese Konzeption ab; sie plädierte für die Beibehaltung des behördlichen Festsetzungsverfahrens.

Für die Fraktionen von SPD und FDP waren hierbei folgende Überlegungen maßgeblich:

Nach heutigem Recht werden die Pflegesätze nach vorherigen Einigungsverhandlungen zwischen dem Krankenhausträger und den betroffenen Krankenkassen von der zuständigen Landesbehörde festgesetzt. Die Vereinbarung der Pflegesätze zwischen dem Krankenhaus und den Krankenkassen, wie sie jetzt vorgesehen sei, dient der Stärkung der Selbstverwaltung der Krankenhäuser und Krankenkassen und ihrer Verantwortung für die Erzielung sozial tragbarer Pflegesätze. Die Landesverbände werden beteiligt, weil heute schon vielfach von den Landesverbänden die Verhandlungen geführt werden. Die sonstigen Sozialleistungsträger sind unter bestimmten Bedingungen zu den Verhandlungen hinzuziehen. Diese Regelung erfolgt mit Rücksicht darauf, daß in der Praxis die Pflegesätze schon heute durchweg ohne Beteiligung der sonstigen sozialen Leistungsträger ausgehandelt werden. Als Pflegesatz wird heute ein pauschalierter tagesgleicher Satz festgelegt. Diese Ausgestaltung des Pflegesatzes bietet kaum einen Anreiz zur Senkung der Verweildauer. Im Gegenteil ermöglicht er, zu erwartende Unterdeckungen durch eine Verlängerung der Verweildauer zu vermeiden. Mit anderen Pflegesatzformen, wie z. B. dem degressiven Pflegesatz, kann dieser Nachteil behoben werden. Es wird davon ausgegangen, daß die Vertragspartner im Wege der Vereinbarung der Pflegesätze auch neue Pflegesatzformen einführen, die Anreize zur wirtschaftlichen Betriebsführung der Krankenhäuser bieten.

Die von Krankenhausträgern vorzulegenden Unterlagen sollen dazu dienen, den Krankenkassen die Überprüfung der Selbstkosten, die in die Pflegesätze eingehen, zu ermöglichen. Der Selbstkostennachweis wird nach der geltenden Bundespflegesatzverordnung durch das Selbstkostenblatt erbracht. Aussagen über eine wirtschaftliche Betriebsführung können daraus nur in begrenztem Umfang gewonnen werden. Es ist daher den Krankenkassen das Recht eingeräumt, weitere im einzelnen aufgeführte Unterlagen anzufordern. Darüber hinaus können die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Bundes-

verbände der Krankenkassen vereinbaren, welche weiteren Unterlagen für den Nachweis der Wirtschaftlichkeit von Bedeutung sein können. Hierunter fallen etwa Ergebnisse der Betriebsstatistik oder Angaben aus der Kosten- und Leistungsrechnung. Die Regelung verhindert, daß unzumutbare Anforderungen an den Nachweis gestellt werden.

Der Stärkung der Selbstverwaltung soll es darüber hinaus dienen, daß die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Bundesverbände der Krankenkassen verpflichtet werden, gemeinsame Maßstäbe für die Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser, insbesondere Orientierungsdaten für Personal- und Sachkosten aufzustellen und der Entwicklung anzupassen, wobei bestimmte Kriterien zu berücksichtigen sind. Diese Maßstäbe schließen nicht aus, daß die Kosten- und Leistungsstrukturen eines Krankenhauses differenziert berücksichtigt werden können.

Für den Fall, daß eine Einigung über die Pflegesätze nicht zustande kommt, entscheiden Schiedsstellen, die bei den zuständigen Landesbehörden zu bilden sind. Hiermit wird eine dem Schiedsverfahren im Kassenarztrecht vergleichbare Regelung, die sich dort bewährt hat, eingeführt. Wegen des engen Zusammenhangs zwischen der Höhe der Benutzerkosten (Pflegesätze) und der Erhaltung eines Systems bedarfsgerechter und leistungsfähiger Krankenhausversorgung, wofür die Länder oder die von ihnen in den Landeskrankenhausgesetzen festgelegten Stellen verantwortlich sind, soll jedoch die Schiedsstelle anders als im Kassenarztrecht bei der zuständigen Landesbehörde errichtet werden.

Die im Gesetz festgelegten Fristen gewährleisten eine zügige Entscheidung. Gegen die Entscheidungen der Schiedsstelle können Rechtsmittel bei dem zuständigen Verwaltungsgericht eingelegt werden. Die Entbehrlichkeit eines Vorverfahrens nach Absatz 6, das als Parteien sowohl die Vertragsparteien nach Absatz 1 als auch die in Absatz 7 genannten Parteien umfaßt, folgt aus der Ausgestaltung der Schiedsstelle.

Absatz 7 trägt der Verbindlichkeit der Pflegesatzvereinbarung für alle Benutzer hinsichtlich des Rechtsmittelverfahrens im Verwaltungsrechtsweg Rechnung.

Bei der Zusammensetzung der Schiedsstelle ist grundsätzlich von einer gleichgewichtigen Besetzung mit Vertretern der Krankenkassen und Krankenhäuser ausgegangen worden. Wegen der Bedeutung der Entscheidungen für die gesamte Finanzierung der Krankenhäuser stellt die Landesbehörde den Vorsitzenden im Benehmen mit den Beteiligten. Die Vertreter der Krankenkassen und der Krankenhäuser werden von deren Landesverbänden benannt. Wenn die Landesverbände ihre Mitwirkungsrechte nicht erfüllen, erfolgt die Bestellung der Schiedsstelle allein durch die zuständige Landesbehörde. Der Vorsitzende und die Mitglieder haben je eine Stimme.

Nach geltendem Recht werden Konflikte bei der Pflegesatzfestsetzung zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen durch eine Entscheidung der zuständigen Landesbehörde gelöst. Die Konfliktlösung durch eine Schiedsstelle unter Beteiligung der Krankenhäuser und Krankenkassen ist ein neuer Weg, der nicht unumstritten ist. Hierdurch wird die Selbstverwaltung und Selbstverantwortung von Leistungserbringern und Kostenträgern für eine wirtschaftliche Betriebsführung der Krankenhäuser und deren Finanzierung gegenüber dem bisherigen Verfahren wesentlich verstärkt.

Die Fraktion der CDU/CSU stützte ihre Ablehnung der von Bundesregierung und Koalitionsfraktionen verfolgten Konzeption auf folgende Begründung:

> Das von der Bundesregierung vorgeschlagene Vereinbarungs- und Schiedsstellenverfahren bringt gegenüber dem bisherigen behördlichen Pflegesatzfestsetzungsverfahren anstelle von Verbesserungen gravierende Nachteile, die die stationäre Krankenversorgung in ihren Grundlagen gefährden.
>
> Nach dem derzeitigen, aus langjährigen speziellen Erfahrungen gewachsenen und eingespielten Pflegesatzverfahren werden die Pflegesätze der Krankenhäuser unter Beachtung exakter materieller und verfahrensrechtlicher Vorschriften von den zuständigen Landesbehörden festgelegt. Die Krankenhäuser und die hauptsächlichen Kostenträger sind in jeder Phase voll verfahrensbeteiligt; sie können insbesondere die Entscheidung der Pflegesatzbehörde einer unbeschränkten gerichtlichen Nachprüfung zuführen.
>
> Die wichtigen öffentlichen Aufgaben des Krankenhauswesens können nicht, wie im Regierungsentwurf vorgesehen, primär den Vereinbarungen von Interessenten überlassen werden. Das hier ganz überwiegende öffentliche Interesse, das sich plastisch in den für die Krankenhaus-Investitionsförderung aufgebrachten Milliardenbeträgen dokumentiert, fordert zwingend, die Finanzierung der Benutzerkosten durch Einwirkungen der öffentlichen Hand sicherzustellen. Die Auswirkungen der unter der Geltung der Verordnung PR Nr. 7/54 faktisch weitestgehend verwirklicht gewesenen Autonomie der Beteiligten haben dies deutlich vor Augen geführt. Weiterhin muß berücksichtigt werden, daß sich auch in Einzelfragen die Interessen der Beteiligten häufig nicht mit den gesundheitspolitischen öffentlichen Interessen decken, daß schützenswerte Einzelinteressen (z. B. der Selbstzahler) nur durch die öffentliche Hand wirksam wahrgenommen werden können, daß die klärende und vermittelnde Tätigkeit der Behörden Übereinkünfte häufig erst ermöglicht und daß bei den Krankenhausentgelten im Gegensatz zur kassenärztlichen Versorgung angesichts der zugrunde zu legenden Selbstkosten nur ein verhältnismäßig sehr enger fachlicher Entscheidungsspielraum bleibt.
>
> Auch in dem vorgesehenen schwerfälligen Schiedsverfahren ist das öffentliche Interesse nicht angemessen repräsentiert.
>
> Die von der Bundesregierung vorgeschlagene Lösung würde zudem unübersehbare Unsicherheiten erzeugen, die die Praxis empfindlich behindern würden. So müßte z. B. im Hinblick auf § 18

Abs. 3 die bisherige in den Ländern vorangetriebene Entwicklung von Maßstäben für die Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser von den Bundesverbänden völlig neu begonnen werden; falls eine Einigung unter den Bundesverbänden nicht zustande käme, würde ein dauerndes Vakuum bleiben. Die in § 18 Abs. 5 offenbar vorausgesetzten Laufzeitvereinbarungen für die Pflegesätze würden — insbesondere auch bei unerwarteten Entwicklungen — die erforderliche Flexibilität gefährden. Zu § 18 Abs. 6 sind die Einzelheiten des gerichtlichen Verfahrens, so z. B. der Umfang der gerichtlichen Nachprüfung, offen. § 18 Abs. 7 dehnt den Kreis der Kläger gegenüber bisher fast unbegrenzt aus, gefährdet dadurch die Rechtssicherheit und schafft verwaltungsprozeßrechtliche Probleme. § 18 a Abs. 2 wirft durch die Verbindung der Schiedsstelle mit der Landesbehörde schwierige behördenorganisationsrechtliche Fragen auf. Auch fehlt eine Vorschrift, die es ermöglichen würde, die bei einem Inkrafttreten der neuen Regelung auftretenden Übergangsschwierigkeiten befriedigend zu bewältigen. Viele noch gar nicht erkannte Probleme würden hinzutreten.

Ihre Fraktion werde aus diesen Gründen den vorgesehenen Änderungen nicht zustimmen. Sie ist der Auffassung, daß das geltende Recht unter weitestmöglicher Mitwirkung der berührten Kreise den Anforderungen weitaus besser gerecht wird. Eine nachdrücklich aber kontinuierlich betriebene Entwicklung auf dieser Basis verspricht optimale Kostendämpfung. Insbesondere von den immer noch ausstehenden Einzelvorschriften über das Rechnungswesen der Krankenhäuser werden wichtige Impulse für bessere Wirtschaftlichkeit ausgehen. Entscheidende Verbesserungen werden sich bei strikter Anwendung des geltenden Pflegesatzrechts durch bessere Maßstäbe zur Beurteilung wirtschaftlicher Gesichtspunkte ergeben. Neben einer Vervollständigung des bereits vorhandenen Erfahrungswissens durch laufende Vermehrung und Vertiefung spezieller Prüfungen müssen dabei die bekannten Methoden koordiniert und allgemeingültige neue Methoden herausgearbeitet bzw. zu einem erheblichen Teil neu entwickelt werden. Die Länder haben hierbei erhebliche Anstrengungen unternommen, nicht zuletzt bei der Förderung und aktiven Mitarbeit an den derzeit laufenden umfangreichen Forschungsvorhaben.

3. *Beteiligung der Krankenhäuser an den Investitionskosten*

Die Diskussion um die im Regierungsentwurf in § 11 a KHG vorgesehene Eigenbeteiligung der Krankenhausträger in Höhe von 10 % an den Errichtungskosten und in Höhe von 5 % an den sonstigen Investitionskosten nahm sowohl bei der Anhörung als auch im Ausschuß einen breiten Raum ein. Bei der Anhörung ist die Regierungsvorlage von keiner Seite unterstützt worden. Wegen der vorgesehenen zeitanteiligen Überwälzung der Eigenleistung auf die Pflegesätze und der damit verbundenen Belastung der Beitragsseite haben auch die Vertreter der Krankenkassen sowie der Arbeitgeber und Arbeitnehmer diese Regelung abgelehnt.

Im Ausschuß bestand Übereinstimmung darüber, daß es notwendig sei, die Kostenentwicklung im Krankenhausbereich einzudämmen und zu erhöhten Wirtschaftlichkeitsüberlegungen zu gelangen. Diese Zielsetzung wurde zwar auch von der CDU/CSU nachhaltig unterstützt, jedoch hält sie den im Regierungsentwurf vorgesehenen Weg für nicht gangbar. Im Vordergrund ihrer Bedenken stehen Befürchtungen für die Existenz der freigemeinnützigen Krankenhausträger; für diese sei eine solche Eigenbeteiligung nicht tragbar, sie führe zum Ruin. Denn anders als bei den öffentlichen Krankenhausträgern sei hier niemand vorhanden, der die zusätzliche Belastung auffangen könne. Im übrigen führe die Abwälzung des Eigenanteils auf den Pflegesatz lediglich zu einer Entlastung der öffentlichen Hand und zu einer Belastung der Benutzer und der Krankenkassen. Es trete daher lediglich eine Kostenverschiebung, nicht aber eine Kostendämpfung ein. Aus diesen Gründen lehnt die Fraktion der CDU/CSU jegliche Eigenbeteiligung der Krankenhäuser an den Investitionskosten ab. Sie sehe darin einen wesentlichen Verzicht auf die gesamte Konzeption des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Sie befürworte daher eine allgemeine Novellierung dieses Gesetzes, räume allerdings ein, daß man hierzu auf die Zustimmung der Länder angewiesen sei. Die Fraktion der CDU/CSU ließ erkennen, daß sie sich aber auch anderen sach- und zielgerechten Lösungen nicht verschließen werde.

Die Mehrheit des Ausschusses sieht ebenfalls die Problematik des Regierungsvorschlages, der wegen der Überwälzung des Eigenanteils auf den Pflegesatz zu einer Belastung der Krankenkassen führt. Sie hat deshalb auch eine Reihe von Alternativen diskutiert, insbesondere eine Beschränkung des Eigenanteils auf die Errichtungskosten, eine Ermäßigung des Umfangs der Eigenleistung und eine Beteiligung der Krankenhausträger an den Mehrkosten bei Überschreitung von Kostenvoranschlägen.

Die Fraktionen der SPD und FDP haben sich schließlich für die Regierungsvorlage entschieden, weil keines der übrigen Modelle in gleicher Weise geeignet erschien, das angestrebte Ziel zu erreichen, nämlich die Krankenhausträger zu mehr Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit bei den Investitionen anzuhalten. Auch die Opposition habe trotz ihrer Kritik keine eigenen Vorschläge vorgelegt, sondern sich in Übereinstimmung mit der Bundesratsmehrheit auf eine bloße Ablehnung der Regierungsvorlage beschränkt. Die Befürchtungen der Opposition, die freigemeinnützigen Träger würden durch die vorgesehene Regelung unzumutbar belastet, halten die Koalitionsfraktionen für unbegründet. Die Überwälzung des Eigenanteils auf den Pflegesatz ist für alle Krankenhäuser in gleicher Weise vorgesehen, unabhängig von der Trägerschaft. Hierdurch ist sichergestellt, daß keine ungleiche Belastung des einen oder anderen Trägers eintritt und daß nicht von dritter Seite zur Stützung der Krankenhäuser eingegriffen werden muß. Da die Überwälzung auch für die Finanzierungskosten

des Eigenanteils eröffnet ist, kann von einer Existenzbedrohung der freigemeinnützigen Krankenhausträger also keine Rede sein.

Richtig an der Kritik der Opposition sei zwar, daß durch die Überwälzung auf den Pflegesatz eine Belastung der Benutzer und der Krankenkassen eintrete. Da die Überwälzung aber nur zeitanteilig erfolge, also entsprechend den Abschreibungsgrundsätzen verteilt auf einen Zeitraum von etwa 15 Jahren, sei diese Belastung hinzunehmen, wenn durch eine solche Regelung zugleich ein Anreiz für ein wirtschaftliches Verhalten der Krankenhausträger geschaffen werde. An einem solchen Verhalten der Krankenhausträger hätten auch die Krankenkassen ein besonderes Interesse.

4. *Krankenhausbedarfsplanung*

Im Ausschuß bestand Einstimmigkeit darüber, daß die Krankenhausbedarfsplanung durch die Länder künftig im Benehmen mit den Krankenhausträgern und den Krankenkassen erfolgen soll. Hierdurch wird gegenüber der nach geltendem Recht bestehenden Anhörungspflicht eine stärkere Mitwirkung seitens der Anbieter und Nachfrager von Krankenhausleistungen sichergestellt. Darüber hinaus beschloß der Ausschuß einmütig, daß in gleicher Weise auch die Kommunalen Spitzenverbände und die Ausschüsse des Verbandes der privaten Krankenversicherung auf Landesebene in die Krankenhausbedarfsplanung einzubeziehen sind. Der Ausschuß hat ausdrücklich die Regelung begrüßt, daß bei der Krankenhausbedarfsplanung eine Reihe von Kriterien zu beachten sind, so z. B. die Bedarfspläne für die ambulante Versorgung, die Versorgung im Hochschulbereich, die Ziele und Erfordernisse von Raumordnung und Landesplanung und die Folgekosten. Die von der Regierung vorgesehene Regelung, daß auch die im Ausschuß für Fragen der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser nach § 7 abgestimmten allgemeinen Grundsätze für ein bedarfsgerecht gegliedertes System leistungsfähiger Krankenhäuser bei der Krankenhausbedarfsplanung zu beachten sind, wurde vom Ausschuß nicht übernommen; statt dessen wurde mit den Stimmen der Koalition vorgesehen, daß diese allgemeinen Grundsätze angemessen zu berücksichtigen sind. Ferner wurde durch einstimmigen Ausschußbeschluß die belegärztliche Tätigkeit in die Reihe der Kriterien aufgenommen, die bei der Aufstellung und Anpassung der Krankenhausbedarfspläne beachtet werden müssen.

Zur Zusammensetzung des Bund-Länder-Ausschusses für Fragen der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser (§ 7 KHG) haben sich die Sprecher der CDU/CSU gegen eine Einbeziehung der Krankenkassen und Krankenhausträger sowie der Arbeitgeber und Arbeitnehmer ausgesprochen. Sie befürchteten, der Ausschuß wäre dann mit annähernd 40 Mitgliedern zu groß, um noch effektiv arbeiten zu können; außerdem sei ein Übergewicht gegenüber den Ländern zu erwarten.

Die auf Antrag von SPD und FDP beschlossene Fassung des § 7 sieht nunmehr vor, daß zwar die Zusammensetzung des Ausschusses der geltenden Rechtslage entspricht und auf Bund und Länder beschränkt bleibt, daß jedoch der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung die Geschäftsordnung erläßt, den Vorsitz und die laufenden Geschäfte führt.

Darüber hinaus wird ein Beirat für Krankenhausfragen, für den bisher lediglich eine Verordnungs-Ermächtigung im Gesetz enthalten ist, nunmehr kraft Gesetzes eingerichtet, seine Zusammensetzung wird erweitert und seine Bedeutung dadurch verstärkt, daß der Bund-Länder-Ausschuß die Beratungsergebnisse zu berücksichtigen hat, daß der Beirat zu Einzelfragen Empfehlungen abgeben kann und daß diese Empfehlungen nach § 18 Abs. 3 KHG von der Krankenhausgesellschaft und den Bundesverbänden der Krankenkassen zu berücksichtigen sind.

Die Opposition hat sich diesem Änderungsantrag der Koalitionsfraktionen nicht angeschlossen, weil sie keine Notwendigkeit sieht, die bisherige Regelung zu ändern.

VI. Kostentransparenz in der Krankenversicherung

Der Ausschuß war übereinstimmend der Meinung, daß den Krankenkassen die Möglichkeit gegeben werden sollte, den Versicherten und auch dem behandelnden Arzt über die im Leistungsfall entstandenen Kosten zu informieren. In diesem Zusammenhang ist auch das Mitgliederverzeichnis von Bedeutung, das die Kassen künftig führen und in dem alle für die Durchführung der Versicherung notwendigen Daten erfaßt und verfügbar sein sollen. Der Ausschuß wies darauf hin, daß bei der Durchführung dieser Bestimmungen den Erfordernissen des Datenschutzes besonders sorgfältig Rechnung getragen werden müsse.

VII. Weitere Einrichtungen zur Pflege und Betreuung kranker Menschen

Einstimmig hat der Ausschuß auf Antrag von SPD und FDP die in der Beschlußempfehlung (Nummer 2 Buchstabe a) enthaltene Entschließung beschlossen, die Bundesregierung zu ersuchen, in Zusammenwirken mit den Ländern Vorschläge für eine bedarfsgerechte und kostengünstige Pflege und Betreuung kranker Menschen durch geeignete Einrichtungen und Dienste zu machen. Diese Entschließung steht in Zusammenhang mit der Anregung des Bundesrates, im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens für die öffentlich geförderten Sozialstationen oder ähnlicher Einrichtungen die Rechtsgrundlagen zu schaffen.

VIII. Aufgeschobene Neuregelungen

Der Ausschuß vertrat die Ansicht, daß die Neuregelung einiger Rechtsgebiete zwar erforderlich sei; behielt diese jedoch einem späteren Gesetz vor. Dies gilt für das Recht der unständig Beschäftigten und für die Rücklagebestimmungen der Krankenkassen.

B. Zu den einzelnen Vorschriften

Zu Artikel 1 § 1 Nr. 1 (§ 165 RVO)

Der Änderungsantrag der CDU/CSU, der eine generelle Halbdeckung zum Inhalt hatte, wurde mit Stimmen der SPD und der FDP abgelehnt. Gegen die Stimmen der CDU/CSU wurde der Änderungsantrag der SPD und der FDP angenommen. Diese Änderung trägt einem Anliegen des Bundesrates Rechnung und macht die Mitgliedschaft in der Krankenversicherung der Rentner grundsätzlich davon abhängig, daß zwischen der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit und der Rentenantragstellung die Hälfte der Zeit Versicherungsschutz in der gesetzlichen Krankenversicherung bestand. Aus verwaltungs- und beweistechnischen Gründen werden vor 1950 liegende Zeiten der Erwerbstätigkeit nicht berücksichtigt. Bei der Ermittlung der Vorversicherungszeit werden nicht nur Zeiten der eigenen Mitgliedschaft sondern auch Zeiten der Ehe mit einem Versicherten angerechnet, weil davon auszugehen ist, daß während der Zeit der Ehe für den selbst nicht erwerbstätigen Ehegatten Anspruch auf Familienhilfe bestand. Beide Anrechnungsmöglichkeiten können, soweit sie nicht auf denselben Zeitraum entfallen, kumuliert werden. Die schon im Regierungsentwurf enthaltene und insbesondere für Umsiedler bedeutsame Vergünstigung wurde präzisiert.

Artikel 1 § 1 Nr. 1 Buchstabe b in der Fassung des Regierungsentwurfs wurde vom Ausschuß einstimmig angenommen.

Zu Artikel 1 § 1 Nr. 2 (§ 173 a RVO)

Diese Vorschrift entspricht unverändert dem Regierungsentwurf.

Zu Artikel 1 § 1 Nr. 3 (§ 176 Abs. 1 RVO)

Die auf Antrag von SPD und FDP gegen die Stimmen der CDU/CSU beschlossene Neufassung des Buchstaben a schließt Rentner von der Möglichkeit eines freiwilligen Beitritts aus, die trotz früherer Beitrittsmöglichkeit der gesetzlichen Krankenversicherung nicht beigetreten sind oder nach dem Ausscheiden aus der Pflichtversicherung die Mitgliedschaft nicht freiwillig fortgesetzt haben oder aus eigenem Entschluß aus der freiwilligen Versicherung ausgetreten sind.

Der Ausschuß ging im übrigen davon aus, daß im Rentenbescheid auf das Beitrittsrecht aufmerksam gemacht wird.

Zu Artikel 1 § 1 Nr. 4 (§ 176 b RVO)

Die einstimmig beschlossene Änderung, die auf übereinstimmenden Anträgen aller Fraktionen beruht, geht auf eine Anregung des Bundesrates zurück. Sie räumt das Recht auf freiwilligen Beitritt auch den Kindern ein, für die ein Anspruch auf Familienhilfe wegen der Höhe der Einkünfte ihrer Eltern nicht besteht.

Zu Artikel 1 § 1 Nr. 5 (§ 180 RVO)

Der Ausschuß übernahm einstimmig den Antrag der SPD und der FDP, die Beiträge für freiwillig Versicherte (freiwillig beigetretene Versicherte — §§ 176 ff. RVO — und freiwillig Weiterversicherte — § 313 RVO —) nach einheitlichen Grundsätzen zu bemessen.

Nach geltendem Recht richten sich die Beiträge für diese Personenkreise grundsätzlich nach dem Gesamteinkommen (der freiwillig der Versicherung Beigetretenen) oder nach der bisherigen Lohnstufe (der freiwillig Weiterversicherten — § 313 Abs. 1 RVO), wobei allerdings im letzten Fall unter den Voraussetzungen des § 313 a RVO eine Anpassung an die Einkommensverhältnisse oder an das Gesamteinkommen des Versicherten möglich ist. Eine derartige Differenzierung erschien dem Ausschuß nicht sachgerecht. Da die Frage nach der Beitragsbemessung notwendigerweise mit der Frage verknüpft ist, woraus der Versicherte seinen Lebensunterhalt bestreitet, sollen nach dem Willen des Ausschusses das Arbeitsentgelt und die sonstigen Einnahmen zum Lebensunterhalt bis zur Höhe der Beitragsbemessungsgrenze Maßstab für die Höhe der Beiträge sein.

Der Begriff der Einnahmen umfaßt alle wiederkehrenden Bezüge und geldwerten Zuwendungen — unvermindert um gesetzliche Abzüge — die dem Versicherten zufließen. Damit wird insoweit eine Gleichstellung mit den Pflichtversicherten erreicht, deren Beiträge nach dem Bruttoarbeitsentgelt erhoben werden. Einnahmen zum Lebensunterhalt sind die persönlichen Einnahmen; dazu gehören z. B. die Einkünfte, die ein Unternehmer aus seinem Geschäftsbetrieb zur Bestreitung des Lebensunterhalts für sich und seine Familie erzielt oder entnimmt, Einnahmen aus Kapitalvermögen, der Zahlbetrag von Leibrenten sowie Hilfen zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz, nicht jedoch einmalige Zuwendungen aus besonderen Anlässen. Zu den Einnahmen gehört nicht der Unterhalt, der im Rahmen der Lebensgemeinschaft einer Familie geleistet wird.

Die Versicherten haben nach § 318 a der Reichsversicherungsordnung die zur Durchführung der Versicherung erforderlichen Angaben zu machen. Dazu gehören auch Auskünfte über die Höhe der Einnahmen, da ohne diese der Beitrag nicht festgesetzt werden kann. Verstöße gegen diese Auskunftspflicht können als Ordnungswidrigkeit geahndet werden.

Durch die Festsetzung eines Mindestbeitrages soll vermieden werden, daß freiwillig Versicherte, die ihren Lebensunterhalt nicht aus einem festen Geldbetrag bestreiten, sondern ihn in Natur erhalten, sich zu unangemessen niedrigen Beiträgen versichern können. Die Höhe des Mindestbeitrages ist gerechtfertigt, weil die Bemessungsgrundlage von derzeit 370 DM bereits die unterste Grenze für den Lebensunterhalt darstellt.

Um eine gerechte Beitragsbemessung auch für Personen zu ermöglichen, die nur in unregelmäßigen Abständen Einnahmen erzielen, wird die Kasse ermächtigt, den Grundlohn aus den durchschnittlichen Einnahmen der letzten drei Monate zu ermitteln.

Läßt sich für einen freiwillig Versicherten ein Grundlohn nicht feststellen, z. B. weil die Einkünfte erst nach einem längeren Zeitraum bekannt werden, so bestimmt die Kasse den Grundlohn.

Zu Artikel 1 § 1 Nr. 6 (§ 182 RVO)

Die Neufassung wurde einstimmig und auf übereinstimmende Anträge aller Fraktionen hin beschlossen. Sie übernimmt eine Anregung des Bundesrates und stellt klar, daß der Umfang der Versorgung durch Aufnahme des Inhalts der Richtlinien in die Satzung geregelt wird.

Zu Artikel 1 § 1 Nr. 7 (§ 182 a RVO)

Der Änderungsantrag der CDU/CSU, Rentner, Studenten und Praktikanten sowie Empfänger von Sozialhilfe generell von der Zahlung eines Arzneikostenanteils freizustellen, fand keine Zustimmung. Die auf Antrag von SPD und FDP einstimmig beschlossene Änderung bindet die Arzneikostengebühr an die Zahl der verordneten Arznei-, Verband- und Heilmittel statt an die Zahl der Verordnungsblätter. Durch Satz 2 wird sichergestellt, daß die Krankenkassen in besonderen Härtefällen Ausnahmen von der Zahlungspflicht machen können. Das ermöglicht eine praktikable und flexible Handhabung im Einzelfall.

Zu Artikel 1 § 1 Nr. 8 (§ 182 c RVO)

Dem Antrag der CDU/CSU, Satz 3 zu streichen, wurde nicht zugestimmt. Daraufhin beschloß der Ausschuß auf Antrag der SPD und FDP einstimmig, die im Regierungsentwurf vorgesehene starre Obergrenze des vom Versicherten zu zahlenden Betrages zu beseitigen. Die Ermächtigung der Krankenkasse, in besonderen Härtefällen den Eigenanteil des Versicherten ganz oder teilweise zu übernehmen, gewährleistet eine dem Einzelfall gerecht werdende Lösung.

Zu Artikel 1 § 1 Nr. 9 (§ 182 e RVO)

Einstimmig beschloß der Ausschuß die von SPD und FDP vorgeschlagene Neufassung, die den Spielraum der Selbstverwaltung erweitert. Die Satzung kann danach nicht nur über das „Ob", sondern auch über das „Wie" einer Zuzahlung des Versicherten bestimmen.

Zu Artikel 1 § 1 Nr. 10 (§ 184 Abs. 2 RVO)

Die Vorschrift entspricht unverändert dem Regierungsentwurf. Der Antrag der CDU/CSU die Vorschrift zu streichen, wurde mit den Stimmen der SPD und der FDP abgelehnt (vgl. Allgemeiner Teil V. 1. a).

Zu Artikel 1 § 1 Nr. 11 (§ 185 b Abs. 2 RVO)

Die Vorschrift entspricht unverändert dem Regierungsentwurf.

Zu Artikel 1 § 1 Nr. 12 (§ 187 RVO)

Durch die vom Ausschuß einstimmig beschlossene Änderung werden die Voraussetzungen für die Gewährung von Zuschüssen für Kinderkuren erleichtert. Zugleich wird die Fassung der Vorschrift an die Formulierung des § 181 Abs. 1 Nr. 1 RVO angepaßt.

Zu Artikel 1 § 1 Nr. 13 (§ 194 RVO)

Die Vorschrift entspricht unverändert dem Regierungsentwurf. Im übrigen wird davon ausgegangen, daß die Krankenkassen aufgrund der Ermächtigung flexible Regelungen insbesondere für solche Personen vorsehen werden, die in ländlichen Gebieten wohnen oder wegen der Behandlung ihrer Krankheit häufiger Verkehrsmittel in Anspruch nehmen müssen.

Zu Artikel 1 § 1 Nr. 14 (§ 195 RVO)

Die Vorschrift entspricht unverändert dem Regierungsentwurf.

Zu Artikel 1 § 1 Nr. 15 (§ 198 RVO)

Die auf Antrag der SPD und der FDP und einstimmig beschlossene Neufassung stellt klar, daß der Pauschbetrag nur bei Entbindung im Inland zu zahlen ist. Dadurch lassen sich Doppelleistungen, die nach zwischenstaatlichem Recht sonst eintreten könnten, vermeiden.

Zu Artikel 1 § 1 Nr. 16 (§ 201 RVO)

Die Vorschrift entspricht unverändert dem Regierungsentwurf.

Zu Artikel 1 § 1 Nr. 17 (§ 205 RVO)

Mit den Stimmen der SPD und der FDP lehnte der Ausschuß den Antrag der CDU/CSU ab, die Voraussetzung eines bestimmten Gesamteinkommens bei der Familienhilfe zu streichen, und nahm einstimmig den Änderungsantrag der SPD und der FDP an. Diese Änderung verwertet ein Anliegen des Bundesrates und stellt klar, daß die Krankenkassen darüber entscheiden können, ob sie „sonstige Angehörige" in den Versicherungsschutz einbeziehen wollen und welche Leistungen für diese Personen erbracht werden; außerdem wird wie in Absatz 1 der Vorschrift auf den gewöhnlichen Aufenthalt im Bundesgebiet abgestellt.

Im übrigen beschloß der Ausschuß gegen die Stimmen der CDU/CSU, dem Regierungsentwurf zu folgen.

Zu Artikel 1 § 1 Nr. 18 (§ 223 RVO)

Die auf Antrag von SPD und FDP vom Ausschuß einstimmig übernommene Neufassung verwertet ein Anliegen des Bundesrates. Sie präzisiert die Zielrichtung und das Verfahren der Überprüfung von Krankheitsfällen durch die Krankenkassen. Die Vorschrift bietet eine neue Möglichkeit, den Versicherten und den behandelnden Arzt über den Umfang der erbrachten Leistungen und ihrer Kosten verstärkt zu informieren. Es wird davon ausgegangen, daß die Krankenkassen bei der Anwendung dieser Vorschrift mit besonderer Sorgfalt den Datenschutz beachten.

Zu Artikel 1 § 1 Nr. 19 (§ 257 a RVO)

Einstimmig übernahm der Ausschuß den Änderungsantrag der SPD und der FDP, durch den das im Regierungsentwurf für alle Rentner vorgesehene Wahlrecht, Mitglied einer Ortskrankenkasse oder Ersatzkasse zu werden, eingeschränkt wird. Der Ausschuß hielt es nicht für erforderlich, hinsichtlich der Zuständigkeit der Ortskrankenkassen ein über das geltende Recht hinausgehendes Wahlrecht einzuräumen. Nach dem Beschluß des Ausschusses sollen nur diejenigen Rentner die Versicherung bei einer Ersatzkasse wählen können, deren frühere Tätigkeit die Voraussetzungen für eine Mitgliedschaft begründet hätte; damit trägt die Änderung dem berufsständischen Charakter der Ersatzkassen Rechnung.

Zu Artikel 1 § 1 Nr. 20 (§ 257 c RVO)

Die Vorschrift entspricht unverändert der Regierungsvorlage.

Zu Artikel 1 § 1 Nr. 21 (§ 312 RVO)

Die auf Antrag der SPD und der FDP einstimmig beschlossene Neufassung der Nummer 2 des § 312 Abs. 2 berücksichtigt, daß die Entscheidung über den Wegfall der Rente vor dem Ende der Rentenberechtigung ergehen kann. Solange ein Rentner Rente bezieht, soll er als Rentner krankenversichert sein.

Zu Artikel 1 § 1 Nr. 22 (§ 313 RVO)

Die einstimmig beschlossene Ergänzung des Regierungsentwurfs ist eine Folge der Bestimmung eines einheitlichen Grundlohnes für alle freiwillig Versicherten (§ 180 Abs. 4), die eine Sondervorschrift über die Beitragsbemessung nach Lohnstufen oder Beitragsklassen für die freiwillig Weiterversicherten entbehrlich macht.

Zu Artikel 1 § 1 Nach Nummer 22 (§ 313 a RVO)

Einstimmig übernahm der Ausschuß den Streichungsantrag der Fraktionen der SPD und der FDP, der als Folge der Bestimmung eines einheitlichen Grundlohns für freiwillig Versicherte notwendig war.

Der im Anschluß daran gestellte Antrag der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, durch die Aufhebung des § 4 des Gesetzes zur Einführung der Selbstverwaltung auf dem Gebiet der Sozialversicherung und Angleichung des Rechts der Krankenversicherung im Land Berlin (SKAG Berlin) sicherzustellen, daß das Berliner Recht an das Krankenversicherungsrecht der Reichsversicherungsordnung vollständig angeglichen wird, wurde mit den Stimmen von SPD und FDP abgelehnt. Dabei ging die Mehrheit davon aus, daß künftig Wettbewerbsverzerrungen in der Beitragsgestaltung vermieden würden und die erforderliche Angleichung durch aufsichtsbehördliche Maßnahmen zu erreichen sei.

Zu Artikel 1 § 1 Nr. 23 (§ 315 a RVO)

Die Änderung in Buchstabe a ist eine Anpassung an die Änderung in Artikel 1 § 1 Nr. 1 (§ 165 Abs. 1 Nr. 3 RVO).

Die Buchstaben b und c entsprechen unverändert dem Regierungsentwurf.

Zu Artikel 1 § 1 Nr. 24 (§ 315 b RVO)

Die Vorschrift entspricht unverändert dem Regierungsentwurf.

Zu Artikel 1 § 1 Nr. 25 (§ 317 Abs. 4 a RVO)

Die Vorschrift entspricht unverändert dem Regierungsentwurf.

Zu Artikel 1 § 1 Nr. 26 (Vor § 319 RVO)

Entspricht unverändert dem Regierungsentwurf.

Zu Artikel 1 § 1 Nr. 27 (§ 319 a RVO)

Die Vorschrift entspricht unverändert dem Regierungsentwurf.

Der Ausschuß brachte zum Ausdruck, daß bei der Führung des Mitgliederverzeichnisses und der Erfassung der für die Durchführung der Versicherten notwendigen personenbezogenen Daten besondere Sorgfalt auf die Beachtung des Datenschutzes zu legen sei, da es sich gerade bei Angaben über gesundheitliche Verhältnisse um höchstpersönliche Rechtsgüter der Versicherten handele. Der in der Vorschrift enthaltene Begriff der Aufzeichnungen müsse in der Rechtsverordnung klar abgegrenzt werden (vgl. auch Allgemeiner Teil VI).

Zu Artikel 1 § 1 Nr. 27 a (§ 368 Abs. 4 und 6)

Mit der einstimmig beschlossenen Ergänzung des § 368 Abs. 4 Satz 2 RVO soll klargestellt werden, daß im Rahmen der kassenärztlichen Bedarfsplanung auch die Ziele der Krankenhausbedarfsplanung zu beachten sind. Dies entspricht auch der im Rahmen der Krankenhausbedarfsplanung notwendigen Berücksichtigung der kassenärztlichen Bedarfspläne. Auf diese Weise soll eine bessere Verzah-

nung beider Planungsbereiche erreicht werden. Die Ergänzung entspricht auch einem Vorschlag des Bundesrates (vgl. Drucksache 8/173, zu Nummer 17).

Die mit Mehrheit bei zwei Gegenstimmen und drei Stimmenthaltungen beschlossene Einfügung des Absatzes 6, die im Zusammenhang mit den gleichzeitig beschlossenen weiteren Ergänzungen und Einfügungen in Artikel 1 § 1 Nr. 30 (§ 368 f Abs. 8 RVO), Artikel 1 § 1 Nr. 31 (§ 368 g Abs. 5 a RVO) und Artikel 1 § 1 Nr. 33 (§ 368 i RVO) in Zusammenhang steht, betrifft das Problem der Erbringung zahntechnischer Leistungen im Rahmen der Versorgung der Versicherten mit Zahnersatz. Der Ausschuß hat sich hierbei von der Überlegung leiten lassen, daß insoweit aufgrund der Erfahrungen in der Vergangenheit, die Auswüchse in der Preisentwicklung auf diesem Gebiet erkennen lassen, Regelungen notwendig sind, welche im Interesse einer wirtschaftlichen Erbringung zahntechnischer Leistungen ein vertraglich geordnetes Zusammenwirken von Krankenkassen, Kassenzahnärzten und Zahntechnikern vorschreiben und insbesondere Vergütungsabsprachen zwischen Krankenkassen und Zahntechnikern ermöglichen. Der Ausschuß hat hierbei die in der Sachverständigen-Anhörung von Seiten der Krankenkassen, der Zahnärzte und der Zahntechniker vorgetragenen unterschiedlichen Standpunkte eingehend geprüft. Er ist zu dem Schluß gelangt, daß gegenüber der Regierungsvorlage, die sich zu dieser Frage in der Regelung des Artikels 1 § 1 Nr. 31 (§ 368 g Abs. 5 RVO) auf eine Vergütungsregelung in der Beziehung Krankenkassen/Kassenzahnärzte beschränkt, eine Erweiterung sowohl des Mitspracherechts der Zahntechniker als auch der Einflußnahmemöglichkeiten der Krankenkassen im Verhältnis zu den Zahntechnikern vorgesehen werden muß. Er hat die in den Stellungnahmen der beteiligten Verbände genannten Vorschläge geprüft. Als Ergebnis dieser Prüfung hält die Ausschußmehrheit den Vorschlag des Bundesrates in seiner Stellungnahme zum Regierungsentwurf (Drucksache 8/173, zu Nummer 18) für eine geeignete Lösung, auch wenn sie nicht verkennt, daß diese Lösung weitere Fragen aufwirft. Dabei wird jedoch davon ausgegangen, daß die Selbstverwaltungen der Krankenkassen und Kassenzahnärzte im Zusammenwirken mit den Zahntechnikern vermittels der in der genannten Regelung zur Verfügung gestellten vertraglichen Gestaltungsmittel geeignete Lösungen finden werden, um der mit den genannten Regelungen verfolgten Zielsetzung einer wirtschaftlichen und notwendigen Güteanforderungen entsprechenden Versorgung zu genügen (vgl. Allgemeiner Teil III. 2. g).

Zu Artikel 1 § 1 Nr. 28 (§ 368 a RVO)

Die auf Antrag von SPD und FDP gegen die Stimmen der CDU/CSU beschlossene Ergänzung des Absatzes 7 sieht vor, daß der Kassenarzt bei Verzicht auf seine Zulassung eine Frist für die Beendigung seiner kassenärztlichen Tätigkeit einhalten muß. Auf diese Weise sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen rechtzeitig von einer Veränderung der Versorgungssituation Kenntnis erlangen und ggf. geeignete Sicherstellungsmaßnahmen ergreifen können. Die Einzelheiten der Fristbestimmung sollen in den Zulassungsordnungen für Kassenärzte und Kassenzahnärzte geregelt werden (vgl. Artikel 1 § 1 Nr. 29 — § 368 c Abs. 2 Nr. 15 RVO —) (siehe auch Allgemeiner Teil III. 1. c).

Absatz 8 entspricht unverändert der Regierungsvorlage. Der Antrag der CDU/CSU, die in § 368 a Abs. 8 RVO in der Fassung der Regierungsvorlage vorgesehene Erweiterung der Beteiligungsmöglichkeit für Krankenhausfachärzte mit der im geltenden Recht bestehenden Regelung zu belassen, ist mit den Stimmen der SPD und FDP im Ausschuß abgelehnt worden. Die Ausschußmehrheit ist dabei der Auffassung gewesen, daß die in der Regierungsvorlage vorgesehene Regelung ein wichtiger Beitrag zum besseren Zusammenwirken von niedergelassenen Ärzten und Krankenhausärzten in der medizinischen Versorgung darstellt und ein Bestandteil der mit den Vorschriften über die Belegärzte und die vor- und nachstationäre Versorgung im Krankenhaus beabsichtigten strukturellen Verbesserungen der medizinischen Versorgung ist. Im übrigen teilt die Ausschußmehrheit nicht die mit dem Antrag der CDU/CSU zum Ausdruck gebrachte Befürchtung einer Benachteiligung niedergelassener Ärzte, da die Voraussetzungen, die für die Beteiligung eines Krankenhausfacharztes an der kassenärztlichen Versorgung erfüllt werden müssen, durch die Bestimmungen des § 368 a Abs. 8 verschärft worden sind (vgl. Allgemeiner Teil III. 1. b).

Zu Artikel 1 § 1 Nr. 29 (§ 368 c Abs. 2 RVO)

Die auf Antrag der SPD und FDP gegen die Stimmen der CDU/CSU beschlossene Neufassung des § 368 c Abs. 2 Nr. 11 erweitert über den Regierungsentwurf hinaus den auf die Beteiligung von Krankenhausfachärzten bezogenen Ermächtigungsrahmen für die Einzelregelungen in den Zulassungsordnungen für Kassenärzte und Kassenzahnärzte. Insoweit ist nämlich insbesondere im Hinblick auf die Beteiligungsmöglichkeit für Krankenhauszahnärzte vorgesehen, daß auch Regelungen hinsichtlich des Nachweises der fachärztlichen Tätigkeit bei Ärzten und der Anerkennung einer vergleichbaren Tätigkeit bei Zahnärzten getroffen werden müssen. Dies ist deswegen notwendig, weil bei Zahnärzten ein vergleichbares Facharztwesen nicht besteht.

Mit der ebenfalls auf Antrag der SPD und FDP gegen die Stimmen der CDU/CSU beschlossenen Ergänzung des § 368 Abs. 2 Nr. 12 soll der Notwendigkeit Rechnung getragen werden, Krankenhäuser als Institutionen für bestimmte Spezialleistungen zur Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung ermächtigen zu können. Die Einzelheiten darüber müssen in den Zulassungsordnungen getroffen werden.

Die mit den Stimmen der SPD und FDP beschlossene Anfügung des § 368 c Abs. 2 Nr. 15 steht in Zusammenhang mit dem neugefaßten § 368 a Abs. 7 RVO (Artikel 1 § 1 Nr. 28), wonach der Verzicht auf die kassenärztliche Zulassung an eine Frist gebun-

den werden soll. Mit Nummer 15 wird die Ermächtigung geschaffen, um in den Zulassungsordnungen für Kassenärzte und Kassenzahnärzte die näheren Einzelheiten regeln zu können (vgl. Allgemeiner Teil III. 1.).

Zu Artikel 1 § 1 Nr. 30 (§ 368 f RVO)

Buchstabe a und Buchstabe b, soweit es § 368 f Abs. 2 und 3 RVO angeht, entsprechen unverändert der Regierungsvorlage. Die mit den Stimmen der SPD und FDP beschlossene Ergänzung des § 368 f Abs. 4 RVO in Satz 2, 2. Halbsatz soll für die Vertragspartner der Gesamtverträge die Möglichkeit verdeutlichen, bei der Vereinbarung über die Veränderung der Gesamtvergütungen auf Landesebene von der Empfehlungsvereinbarung, die auf Bundesebene von den Spitzenorganisationen der Krankenkassen und Kassenärzte zu schließen ist, abzuweichen, wenn besondere regionale Verhältnisse dies rechtfertigen. Zu denken wäre hier beispielsweise an den Fall, daß eine gegenüber den übrigen Bereichen auffällige Abweichung einer Grundlohnsummenentwicklung besteht. Die CDU/CSU hat demgegenüber Streichung der Regelung in Absatz 4 verlangt. Sie begründet dies damit, daß durch die vorgesehene Empfehlungsvereinbarung notwendige regionale Differenzierungen und vorhandene strukturelle Unterschiede nicht in gebotenem Maße Berücksichtigung finden könnten. Die Koalitionsfraktionen waren jedoch der Auffassung, daß durch die beschlossene Ergänzung des Absatzes 4 diesem Gesichtspunkt Rechnung getragen ist, und sind dem Antrag nicht gefolgt.

Buchstabe c und Buchstabe d entsprechen unverändert der Regierungsvorlage.

Zu Buchstabe e hat die CDU/CSU Streichung der Regelungen über den Arzneimittelhöchstbetrag (§ 368 f Abs. 6 RVO) verlangt. Sie begründet diesen Streichungsantrag — ebenso wie der Bundesrat in seiner Stellungnahme — mit der Befürchtung, daß hierdurch die Verordnungspraxis der Kassenärzte eingeengt und bei Versicherten der Eindruck entstehen könne, ihre Versorgung mit Arzneimitteln sei nicht optimal. Die SPD und FDP konnten sich diesen Argumenten nicht anschließen. Sie sind vielmehr der Überzeugung, daß der Arzneimittelhöchstbetrag ein wichtiges Regelungsinstrument darstellt, um bei den Kassenärzten das Wirtschaftlichkeitsbewußtsein in der Verordnungspraxis zu heben, ohne daß damit eine die gebotene notwendige ärztliche Behandlung und Therapiefreiheit einengende Regelung verbunden wäre. Zugleich haben die Koalitionsfraktionen den Vorschlag in der Regierungsvorlage jedoch für verbesserungsbedürftig angesehen. Deshalb wurde auf Antrag der SPD und FDP gegen die Stimmen der CDU/CSU eine Änderung des § 368 f Abs. 6 beschlossen, mit der abweichend vom Vorschlag in der Regierungsvorlage sichergestellt wird, daß ggf. entstandene Überschreitungen des Arzneimittelhöchstbetrages, die nicht auf vertretbare Ursachen zurückzuführen sind, nur solchen Kassenärzten angelastet werden, die durch eine unwirtschaftliche Verordnungsweise hervorgetreten sind.

Die auf Antrag der SPD und FDP vom Ausschuß mit Mehrheit beschlossene Ergänzung des § 368 f durch einen neuen Absatz 8 stellt eine zusätzliche Regelung zum Problembereich der zahntechnischen Leistungen dar und steht in Zusammenhang mit der Regelung in Artikel 1 § 1 Nr. 27 a (§ 368 Abs. 6 RVO). § 368 f Abs. 8 schreibt hierbei eine Regelung für das Verhältnis Krankenkassen/Kassenzahnärzte vor (vgl. im übrigen Allgemeiner Teil III. 2. a bis c).

Zu Artikel 1 § 1 Nr. 31 (§ 368 g RVO)

§ 368 g Abs. 1 RVO entspricht unverändert der Regierungsvorlage.

Die einstimmig beschlossene Änderung des Absatzes 2 übernimmt eine Anregung des Bundesrates (vgl. Drucksache 8/173, zu Nummer 22); damit soll eine flexiblere Gestaltung für die Selbstverwaltung bei den Vertragsabschlüssen für überbereichliche Krankenkassen ermöglicht werden. Die Anfügung des Satzes 3, mit dem ein Anhörungsrecht der Krankenkassen bei den Vertragsabschlüssen ihrer Verbände begründet wird, dient dem Ziel, krankenkassenspezifische Besonderheiten durch die Landesverbände in den Verhandlungen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen besser zur Geltung bringen zu können.

§ 368 g Abs. 3 bis 5 entsprechen unverändert der Regierungsvorlage.

Die auf Antrag der SPD und FDP mit Mehrheit beschlossene Einfügung des neuen Absatzes 5 a betrifft den Regelungskomplex über die zahntechnischen Leistungen (vgl. Artikel 1 § 1 Nr. 27 a — § 368 Abs. 6 RVO —, Artikel 1 § 1 Nr. 30 — § 368 f Abs. 8 RVO —). Durch Absatz 5 a wird vorgeschrieben, daß, soweit es die zahntechnischen Leistungen der Zahntechniker angeht, unmittelbar zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den für die Zahntechniker maßgeblichen Organisationen Verträge über die Vergütung und die Rechnungsregelung abgeschlossen werden.

Die auf Antrag der SPD und FDP mit deren Stimmen beschlossene Änderung des Absatzes 6 Satz 2 stellt klar, daß bei der Vergütung der belegärztlichen Leistungen auch die Besonderheiten dieser Art ärztlicher Tätigkeit berücksichtigt werden müssen. Mit den Stimmen der SPD und FDP wurde damit zugleich der Antrag der Fraktion der CDU/CSU abgelehnt, die Vorschrift über die Vergütung belegärztlicher Tätigkeit zu streichen. Die Ausschußmehrheit war der Meinung, daß durch die beschlossene Klarstellung eine angemessene Vergütung der Belegärzte sichergestellt ist und damit auch Befürchtungen unbegründet sind, daß mit der in der Regierungsvorlage vorgeschlagenen Vergütungsregelung Hemmnisse für eine bedarfsgerechte Versorgungsstruktur im Belegarztwesen verbunden sein könnten.

Artikel 1 § 1 Nr. 31 Buchstabe b entspricht unverändert der Regierungsvorlage (vgl. Allgemeiner Teil III. 2.).

Zu Artikel 1 § 1 Nr. 32 (§ 368 h Abs. 1 RVO)

Die Vorschrift entspricht unverändert der Regierungsvorlage.

Zu Artikel 1 § 1 Nr. 33 (§ 368 i RVO)

Die auf Antrag der SPD und FDP von der Ausschußmehrheit beschlossenen Änderungen und Einfügungen in den Buchstaben a bis c sind Folgeregelungen zu den Vorschriften über die Erbringung und Vergütung der zahntechnischen Leistungen in Artikel 1 § 1 Nr. 27 a (§ 368 Abs. 6 RVO), Nr. 30 (§ 368 f Abs. 8 RVO) und Nr. 31 (§ 368 g Abs. 5, Abs. 5 a RVO). Diese Vorschriften treffen eine dem Schiedsverfahren für die kassenärztliche und kassenzahnärztliche Versorgung angelehnte Schiedsregelung für den Fall, daß zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Zahntechnikern die vorgeschriebenen Vergütungsverträge nicht zustande kommen.

Die in Buchstabe d enthaltenen Vorschriften über den Bewertungsausschuß (§ 368 i Abs. 8 bis 10 RVO) entsprechen unverändert der Regierungsvorlage. Ein Antrag der CDU/CSU, die Mitgliedschaft der Ersatzkassen im Bewertungsausschuß nicht vorzusehen, wurde mit den Stimmen der SPD und FDP abgelehnt.

Zu Artikel 1 § 1 Nr. 34 (§ 368 n RVO)

Die in Buchstaben a und b enthaltenen Vorschriften entsprechen unverändert der Regierungsvorlage.

Auf Antrag der SPD und FDP sind gegen die Stimmen der CDU/CSU die in Buchstabe c enthaltenen Vorschriften des Absatzes 5 geändert worden. Die Änderung regelt die Besetzung und das Verfahren der Prüfungsausschüsse für die kassenärztliche/kassenzahnärztliche Versorgung neu. Während nach geltendem Recht den Prüfungsausschüssen von seiten der Krankenkassen nur ein Arzt mit beratender Stimme angehören kann, soweit nicht eine andere Vereinbarung möglich ist, wird nunmehr vorgeschrieben, daß die Ausschüsse paritätisch mit Vertretern der Kassenärzte/Kassenzahnärzte und Krankenkassen besetzt sein müssen, wobei es der Selbstverwaltung überlassen bleibt, Vereinbarungen über das Verfahren zur Überwachung und Prüfung der Wirtschaftlichkeit sowie das Verfahren vor den Ausschüssen im einzelnen zu treffen. Mit dieser Regelung soll der gewachsenen Bedeutung des Prüfverfahrens, wie sie durch die Vorschriften über den Arzneimittelhöchstbetrag bewirkt wird, Rechnung getragen und zu einer Verbesserung der Wirksamkeit des Prüfverfahrens selbst beigetragen werden.

Buchstaben d und e entsprechen unverändert der Regierungsvorlage. Ein Antrag der CDU/CSU, der darauf abzielte, die in § 368 n Abs. 8 Satz 2 vorgeschriebene Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen („sollen ermöglichen") in eine Kann-Vorschrift umzuwandeln („können ermöglichen"), wurde mit den Stimmen der SPD und FDP abgelehnt.

Zu Artikel 1 § 1 Nr. 35 (§ 368 p RVO)

Die mit den Stimmen der SPD und FDP beschlossene Änderung des Absatzes 1 sieht in gegenüber der Regierungsvorlage verbindlicherer Weise vor, daß die Richtlinien der Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen Hinweise für den Kassenarzt enthalten müssen, welche ihm Preisvergleiche ermöglichen und die Auswahl therapiegerechter Verordnungsmengen erleichtern. Die Ausschußmehrheit geht hierbei davon aus, daß die Richtlinien selbst solange Preisvergleichsmöglichkeiten aufzeigen müssen, als die von der Bundesregierung im Zusammenhang mit der Neuordnung des Arzneimittelrechts berufene Sachverständigenkommission beim Bundesgesundheitsamt noch nicht die sogenannte Transparenzliste erarbeitet hat.

Die einstimmig beschlossene Einfügung des Absatzes 8, der die Vorschriften über die Ausnahme von Arzneimitteln für „Bagatellindikationen" von der Verordnungsfähigkeit zu Lasten der Krankenkassen enthält, entspricht im Grundgedanken dem Vorschlag der Regierungsvorlage zu Absatz 1 Satz 2. Der Ausschuß hat mit der abweichenden systematischen Einordnung jedoch wegen der Bedeutung dieser Regelung und der sich damit ergebenden Folgerungen für eine von der sonstigen Richtlinienregelung in § 368 p RVO abweichenden Gestaltung die Eigenständigkeit dieses Regelungsbereichs betonen wollen. Dieser Absicht entspricht zugleich die gegenüber der Regierungsvorlage beschlossene Änderung, daß die Bundesausschüsse Sachverständige der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaft und Praxis sowie der Industrie und der Apotheker anhören müssen. Auf diese Weise soll sichergestellt werden, daß wegen der für die medizinische und pharmazeutische Versorgung und die beteiligten Kreise weitreichenden Bedeutung rechtzeitig und wirksam sachkundige Hinweise in die Beratungen miteinbezogen werden können. Dies soll auch für das in der Sachverständigenanhörung durch den Ausschuß zum Ausdruck gebrachte Bedürfnis gelten, Vorstellungen der Hersteller und Anwender von Naturheilmitteln zu berücksichtigen. Dementsprechend soll auch die Mitwirkungsmöglichkeit des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung verstärkt werden. Nach Auffassung des Ausschusses ist es deshalb geboten, die Richtlinien über die bereits im geltenden Recht für Richtlinienbeschlüsse bestehende Beanstandungsmöglichkeit hinaus zustimmungsbedürftig zu machen. Im übrigen ist der Ausschuß einer Anregung des Bundesrates gefolgt und hat in Korrespondenz zur Vorschrift des Artikels 1 § 1 Nr. 6 (§ 182 Abs. 1 RVO) die Vorschrift auf Verband- und Heilmittel erstreckt. Soweit es die in der genannten Vorschrift des § 182 RVO ausdrücklich erwähnten Brillen angeht, hat sich der Ausschuß auf den Standpunkt gestellt, daß die bestehenden Richtlinienmöglichkeiten nach § 368 p Abs. 1 RVO ausreichen, um eine wirtschaftliche Versorgung der Versicherten zu gewährleisten, ohne daß es noch einer besonderen Regelung bedürfe (vgl. Allgemeiner Teil IV).

Zu Artikel 1 § 1 Nr. 35 a (§ 368 q Abs. 3 RVO)

Die Vorschrift entspricht unverändert der Regierungsvorlage.

Zu Artikel 1 § 1 Nr. 36 (§§ 371, 372 RVO)

§ 371 entspricht unverändert der Regierungsvorlage. Ein Änderungsantrag der CDU/CSU zielte darauf ab, Hochschulkliniken und die in den Krankenhausbedarfsplan aufgenommenen Krankenhäuser ohne besonderen Vertrag zur Krankenhauspflege zuzulassen. Der Antrag wurde von SPD und FDP mit der Begründung abgelehnt, daß auch in diesen Fällen eine besondere Zulassung zur Krankenhauspflege durch die Krankenkassen zu erfolgen habe, um überflüssige Bettenkapazitäten wirksamer abbauen zu können.

§ 372 entspricht im wesentlichen ebenfalls der Regierungsvorlage; jedoch wurde die Vorschrift auf Antrag von SPD und FDP dahin gehend geändert, daß die Verträge über allgemeine Bedingungen der Krankenhauspflege von den Landesverbänden der Krankenkassen „im Benehmen" mit den Krankenkassen abzuschließen sind. Hierdurch ist gewährleistet, daß die örtlichen Gegebenheiten im erforderlichen Umfang berücksichtigt werden können (vgl. Allgemeiner Teil V. 1).

Zu Artikel 1 § 1 Nr. 37 (§ 381 Abs. 4 RVO)

Die Vorschrift entspricht unverändert dem Regierungsentwurf.

Zu Artikel 1 § 1 Nr. 38 (§ 385 RVO)

Die Vorschrift entspricht unverändert dem Regierungsentwurf und ist mit Mehrheit gegen die Stimmen der CDU/CSU angenommen worden.

Die Abgeordneten der CDU/CSU sprachen sich gegen die Vorschrift aus; da sie eine andere Konzeption zur Finanzierung der Krankenversicherung der Rentner vertraten, die sich aus ihren bei der Beratung des 20. Rentenanpassungsgesetzes (Drucksache 8/165) vorgelegten Änderungsanträgen (Ausschußdrucksache 94) ergibt.

Zu Artikel 1 § 1 Nr. 39 (§ 389 Abs. 2 RVO)

Die Vorschrift entspricht unverändert dem Regierungsentwurf und ist mit Mehrheit gegen die Stimmen der CDU/CSU angenommen worden.

Die Abgeordneten der CDU/CSU machten den Vorschlag des Bundesrates in seiner Stellungnahme zu dem Regierungsentwurf (Drucksache 8/173) zum Inhalt ihres Änderungsantrages. Die Abgeordneten der SPD und der FDP schlossen sich der Gegenäußerung der Bundesregierung zur Stellungnahme des Bundesrates an.

Zu Artikel 1 § 1 Nr. 40 (§ 393 a RVO)

Die Vorschrift entspricht unverändert dem Regierungsentwurf.

Zu Artikel 1 § 1 Nr. 41 (§ 393 b RVO)

Durch die von den Koalitionsfraktionen beantragte Änderung wird das Regelsterbegeld in den Ausgleich der Aufwendungen für die Krankenversicherung der Rentner einbezogen. Mehrleistungen beim Sterbegeld bleiben unberücksichtigt, damit sie durch den Ausgleich nicht von anderen Krankenkassen mitfinanziert werden müssen. Die Vorschrift wurde einstimmig angenommen.

Zu Artikel 1 § 1 Nr. 42 (§ 393 c RVO)

Die Vorschrift entspricht unverändert dem Regierungsentwurf.

Zu Artikel 1 § 1 Nr. 43 (§ 393 d RVO)

Entspricht unverändert dem Regierungsentwurf.

Zu Artikel 1 § 1 Nr. 44 (§ 414 b RVO)

Buchstabe a entspricht unverändert dem Regierungsentwurf.

Die in Buchstabe b in dem neuen Absatz 2 a Sätze 1 und 5 vorgenommenen Änderungen folgen dem Vorschlag des Bundesrates, den Finanzausgleich bei länderübergreifenden Landesverbänden auf die einzelnen Länder zu beschränken, um deren Sozialstruktur nicht zu stören.

Durch die Streichung von Absatz 2 a Satz 2 wird der im Regierungsentwurf vorgesehene obligatorische Finanzausgleich beseitigt. Damit wird der Kritik Rechnung getragen, daß aufgrund struktureller Unterschiede in der gesundheitlichen Versorgung Krankenkassen in Gebieten mit durchschnittlicher medizinischer Versorgung und Inanspruchnahmehäufigkeit die Krankenkassen in Gebieten mit hohem medizinischen Versorgungsniveau mitfinanzieren könnten. Die Einführung des Finanzausgleichs ist deshalb allein der Selbstverwaltung überlassen.

Die Vorschrift wurde einstimmig angenommen.

Zu Artikel 1 § 1 Nr. 45 (§ 478 Abs. 2 RVO)

Die Vorschrift entspricht unverändert der Regierungsvorlage.

Zu Artikel 1 § 1 nach Nr. 45 (§ 483 Abs. 2 Satz 1 RVO)

Der auf einen Vorschlag des Bundesrates zurückgehende Antrag der CDU/CSU-Fraktion, das Vertragsrecht der Seekrankenkasse auf den Krankenhausbereich zu erstrecken, wurde mit Mehrheit abgelehnt. Unter Berücksichtigung des Umstandes, daß die Mitglieder der Seekrankenkasse von der Ortskrankenkasse ihres Beschäftigungs-, Wohn- oder Aufenthaltsortes betreut werden, sah die Ausschußmehrheit kein Bedürfnis für eine Ausweitung des Vertragsrechtes der Seekrankenkasse auf den stationären Bereich.

Zu Artikel 1 § 1 Nr. 46 (§ 507 RVO)

Die Vorschrift entspricht unverändert der Regierungsvorlage.

Zu Artikel 1 § 1 Nr. 47 (§ 509 a RVO)

Die Vorschrift entspricht unverändert der Regierungsvorlage.

Zu Artikel 1 § 1 Nr. 48 (§ 514 RVO)

Die Regierungsvorlage wurde unverändert mit Mehrheit angenommen. Der Ausschuß wies darauf hin, daß mit der Vorschrift in Absatz 3 die Berücksichtigung der Beitragsbemessungsgrenze bei der Beitragsfestsetzung für Ersatzkassenmitglieder sichergestellt ist.

Zu Artikel 1 § 1 Nr. 49 (§ 515 RVO)

Die Vorschrift entspricht unverändert der Regierungsvorlage.

Zu Artikel 1 § 1 Nr. 50 (§ 516 a RVO)

Die Vorschrift entspricht unverändert der Regierungsvorlage.

Zu Artikel 1 § 1 Nr. 51 (§ 525 c RVO)

Die Vorschrift entspricht unverändert der Regierungsvorlage.

Ein Antrag der Fraktion der CDU/CSU, die in § 525 c Abs. 2 RVO vorgesehene Erstreckung von Grundsätzen des Vertragsrechts der kassenärztlichen Versorgung auf die Beziehungen zwischen Ersatzkassen und Ärzten zu beseitigen, ist mit den Stimmen der SPD und FDP im Ausschuß abgelehnt worden. Die Ausschußmehrheit ist hierbei davon ausgegangen, daß die im Antrag der CDU/CSU zum Ausdruck gebrachte Befürchtung, die Eigenständigkeit der Ersatzkassen werde berührt, nicht besteht.

Zu Artikel 1 § 1 Nr. 52 (§ 1504 RVO)

Bei 8 Stimmenthaltungen der CDU/CSU nahm die Ausschußmehrheit den Änderungsantrag der Fraktionen der SPD und der FDP an, die Kosten für Krankenhauspflege für durch Arbeitsunfall verursachte Krankheiten vom ersten Tage an auf die Unfallversicherung zu verlagern. Der weitergehende Antrag der CDU/CSU-Fraktion, alle Kosten für arbeitsunfallbedingte Krankheiten mit Ausnahme des Sterbegeldes der Unfallversicherung aufzuerlegen, wurde mit der Begründung abgelehnt, die Frage der Abgrenzung der Aufgaben zwischen den Trägern der Unfall- und den Trägern der Krankenversicherung werde im Rahmen des Sozialgesetzbuches erneut zu prüfen sein.

Zu Artikel 1 § 2 (§ 204 a RKG)

Die Vorschrift entspricht unverändert der Regierungsvorlage.

Zu Artikel 1 § 3 Nr. 1 (§ 3 KVLG)

Die Vorschrift entspricht unverändert dem Regierungsentwurf.

Zu Artikel 1 § 3 Nr. 2 (§ 4 Abs. 3 KVLG)

Die Vorschrift entspricht unverändert dem Regierungsentwurf; sie wurde mit Mehrheit gegen die Stimmen der CDU/CSU angenommen.

Zu Artikel 1 § 3 Nr. 3 (§ 6 Abs. 1 KVLG)

Die Vorschrift wurde der entsprechenden Vorschrift in der RVO (§ 176 b) angepaßt (vgl. zu Artikel 1 § 1 Nr. 4).

Zu Artikel 1 § 3 Nr. 4 (§ 11 KVLG)

Die Vorschrift wurde der entsprechenden Vorschrift in der RVO (§ 187) angepaßt (vgl. zu Artikel 1 § 1 Nr. 12).

Zu Artikel 1 § 3 Nr. 5 (§ 13 Abs. 1 KVLG)

Die Vorschrift wurde in Buchstabe a der entsprechenden Vorschrift in der RVO (§ 182 Abs. 1 Nr. 1 Buchstabe b) angepaßt (vgl. zu Artikel 1 § 1 Nr. 6); sie entspricht im übrigen unverändert dem Regierungsentwurf.

Zu Artikel 1 § 3 Nr. 6 (§ 14 KVLG)

Die Vorschrift wurde der entsprechenden Vorschrift in der RVO (§ 182 a) angepaßt (vgl. zu Artikel 1 § 1 Nr. 7).

Zu Artikel 1 § 3 Nr. 7 (§ 16 KVLG)

Die Vorschrift wurde den entsprechenden Vorschriften in der RVO (§ 182 c, § 182 e) angepaßt (vgl. zu Artikel 1 § 1 Nr. 8 und 9).

Zu Artikel 1 § 3 Nr. 8 (§ 17 Abs. 2 KVLG)

Die Vorschrift entspricht unverändert dem Regierungsentwurf.

Zu Artikel 1 § 3 Nr. 9 (§ 21 b Abs. 1 KVLG)

Die Vorschrift entspricht unverändert dem Regierungsentwurf.

Zu Artikel 1 § 3 Nr. 10 (§ 22 KVLG)

Entspricht unverändert dem Regierungsentwurf.

Zu Artikel 1 § 3 Nr. 11 (§ 25 KVLG)

Die Vorschrift wurde der entsprechenden Vorschrift in der RVO (§ 198) angepaßt (vgl. zu Artikel 1 § 1 Nr. 15).

Zu Artikel 1 § 3 Nr. 12 (§ 32 KVLG)

Buchstabe a entspricht unverändert dem Regierungsentwurf. Durch die Änderung in Buchstabe b wird der Grundsatz, daß der Ertrag eines landwirtschaftlichen Unternehmens nicht mehrfach zur Beitragsleistung herangezogen werden soll, auch auf die in einem landwirtschaftlichen Unternehmen gemeinsam als Familienangehörige mitarbeitenden Ehegatten erstreckt. Die Vorschrift wurde einstimmig angenommen.

Mit der Änderung in Buchstabe c wurde die Vorschrift der inhaltgleichen Vorschrift in der RVO (§ 205) angepaßt (vgl. zu Artikel 1 § 1 Nr. 17 Buchstabe c).

Zu Artikel 1 § 3 Nr. 13 (§ 33 Abs. 2 KVLG)

Die Vorschrift entspricht unverändert dem Regierungsentwurf.

Zu Artikel 1 § 3 Nr. 14 (§ 36 Abs. 2 KVLG)

Die Vorschrift entspricht unverändert dem Regierungsentwurf.

Zu Artikel 1 § 3 Nr. 15 (§ 43 KVLG)

Die Vorschrift wurde der entsprechenden Vorschrift in der RVO (§ 223) angepaßt (vgl. Artikel 1 § 1 Nr. 18).

Zu Artikel 1 § 3 Nr. 16 (§ 49 Abs. 2 KVLG)

Die Vorschrift wurde der entsprechenden Vorschrift in der RVO (§ 315 a Abs. 2 und 3) angepaßt (vgl. Artikel 1 § 1 Nr. 23).

Zu Artikel 1 § 3 Nr. 17 (§ 49 c KVLG)

Die Vorschrift entspricht unverändert dem Regierungsentwurf.

Zu Artikel 1 § 3 Nr. 18 (§ 63 Abs. 3 KVLG)

Mit der Änderung wurde die verfassungsmäßig bedenkliche Verbindlichkeit der Beitragsfestsetzung durch die Rentenversicherungsträger beseitigt; diese soll gerichtlich nachgeprüft werden können.

Die Vorschrift wurde mit Mehrheit gegen die Stimmen der CDU/CSU angenommen.

Zu Artikel 1 § 3 Nr. 19 (§ 65 KVLG)

Die Vorschrift entspricht unverändert dem Regierungsentwurf. Sie wurde mit Mehrheit bei zwei Gegenstimmen und einer Enthaltung angenommen.

Zu Artikel 1 § 3 Nr. 20 (§ 76 Abs. 1 KVLG)

Die Vorschrift entspricht unverändert dem Regierungsentwurf.

Zu Artikel 1 § 3 Nr. 21 (§ 94 Abs. 4 KVLG)

Die Vorschrift entspricht unverändert dem Regierungsentwurf.

Zu Artikel 1 § 3 Nr. 22 (§ 95 KVLG)

Die Vorschrift entspricht unverändert dem Regierungsentwurf.

Zu Artikel 1 § 4 Nr. 1 (§ 2 KHG)

Die Vorschrift entspricht unverändert der Regierungsvorlage.

Zu Artikel 1 § 4 Nr. 2 (§ 6 KHG)

Die Vorschrift entspricht weitgehend der Regierungsvorlage. Einstimmig wurde Absatz 1 dahin ergänzt, daß die Krankenhausbedarfspläne auch im Benehmen mit den Kommunalen Spitzenverbänden und den Ausschüssen des Verbandes der privaten Krankenversicherung im Lande aufzustellen sind. Auf Antrag von SPD und FDP wurde in Absatz 2 vorgesehen, daß bei Aufstellung der Krankenhausbedarfspläne auch zu beachten sind die Hochschulkliniken und die Krankenhäuser der gesetzlichen Unfallversicherung (Nummer 5) und die Möglichkeiten einer leistungsfähigen belegärztlichen Tätigkeit (Nummer 6, vgl. Allgemeiner Teil V. 4.).

Gegen die CDU/CSU wurde in Absatz 3 vorgesehen, daß die im Ausschuß für Fragen der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser abgestimmten allgemeinen Grundsätze bei der Krankenhausbedarfsplanung angemessen zu berücksichtigen sind.

Zu Artikel 1 § 4 Nr. 3 (§ 7 KHG)

Der Antrag der CDU/CSU, die Nummer 3 zu streichen und es bei der geltenden Fassung des § 7 KHG zu belassen, weil die bisherige Regelung des Bund-Länder-Ausschusses sich bewährt habe, wurde von SPD und FDP abgelehnt. Die Koalitionsfraktionen waren vielmehr der Auffassung, daß insbesondere die Verfahrensvorschriften für den Bund-Länder-Ausschuß ergänzungsbedürftig sind.

Zwar sollen entgegen der Regierungsvorlage dem Ausschuß auch künftig nur Vertreter des Bundes und der Länder angehören. Für die Mitwirkung der übrigen am Krankenhauswesen Beteiligten wird ein Beirat für Krankenhausfragen gebildet (vgl. § 7 a KHG); seine Beratungsergebnisse sind nach Absatz 2 vom Ausschuß angemessen zu berücksichtigen.

In Absatz 3 wurden die Voraussetzungen dafür geschaffen, daß die für eine fruchtbare Ausschußarbeit dringend erforderliche Geschäftsordnung nun endlich erlassen werden kann; dadurch, daß Vorsitz und Geschäftsführung nunmehr ständig beim Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung liegen, ist auch die Gewähr für eine kontinuierliche Ausschußarbeit gegeben.

Zu Artikel 1 § 4 Nr. 3 a (§ 7 a KHG)

Gegen CDU/CSU wurde auf Antrag von SPD und FDP beschlossen, die Schaffung eines Beirates für Krankenhausfragen im Gesetz selbst zu regeln. Durch die erweiterte Aufgabenstellung und die umfassende Zusammensetzung wird die Bedeutung dieses Beirates unterstrichen. Durch die gesetzlich vorgeschriebene Errichtung des Beirates ist auch gewährleistet, daß dieses Gremium jetzt alsbald seine Beratungs- und Koordinierungstätigkeit aufnehmen wird.

Zu Artikel 1 § 4 Nr. 4 (§ 8 KHG)

Die Vorschrift entspricht mit redaktionellen Verbesserungen der Regierungsvorlage.

Zu Artikel 1 § 4 Nr. 5 (§ 10 KHG)

Die Vorschrift entfällt auf einstimmigen Beschluß, weil die Durchführung mit zu großem Verwaltungsaufwand verbunden wäre.

Zu Artikel 1 § 4 Nr. 6 (§ 11 a KHG)

Die Vorschrift entspricht unverändert dem Regierungsentwurf. Sie wurde mit den Stimmen der Fraktionen der SPD und der FDP beschlossen. Ein Antrag der Fraktion der CDU/CSU auf Streichung dieser Vorschrift wurde mit den Stimmen der Fraktionen der SPD und der FDP abgelehnt (vgl. allgemeiner Teil V. 3.).

Zu Artikel 1 § 4 Nr. 6 a (§ 13 KHG)

Die Vorschrift wurde auf gemeinsamen Antrag der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP einstimmig beschlossen. Sie enthält in Verbindung mit dem Antrag zu Artikel 1 § 4 Nr. 7 a finanzielle Erleichterungen bei Ausscheiden von Krankenhäusern aus dem Krankenhausbedarfsplan. Dadurch werden Strukturveränderungen erleichtert.

Zu Artikel 1 § 4 Nr. 7 (§ 15 KHG)

Die Vorschrift wird auf gemeinsamen Antrag der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP gestrichen und durch die Regelungen zu Artikel 1 § 4 Nr. 6 a und 7 a ersetzt.

Zu Artikel 1 § 4 Nr. 7 a (§ 15 KHG)

Die Vorschrift wurde auf gemeinsamen Antrag der Fraktionen der CDU/CSU, FDP und SPD einstimmig beschlossen. Sie dient in Verbindung mit dem Antrag zu Artikel 1 § 4 Nr. 6 a der Erleichterung des Strukturwandels im Krankenhausbereich.

Zu Artikel 1 § 4 Nr. 8 (§ 16 KHG)

Dem Ausschuß lag je ein Änderungsantrag der Koalitionsfraktionen sowie der CDU/CSU-Fraktion vor. Die Vorschriften wurden entsprechend dem Antrag der Fraktionen der SPD und FDP gegen die Stimmen der CDU/CSU-Fraktion neu gefaßt.

§ 16 bildet die Grundlage für Rechtsverordnungen über die Berücksichtigung des Eigenanteils an den Investitionen im Pflegesatz (§ 17 Abs. 1 KHG), des Verfahrens bei der Pflegesatzgestaltung (§ 18 KHG) sowie der Schiedsstelle (§ 18 a KHG). Außerdem enthält § 16 Abs. 2 eine Ermächtigung für den Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Vorschriften über Rechnungs- und Buchführungspflichten zu erlassen, die auf der kaufmännischen doppelten Buchführung und insbesondere einem einheitlichen Kontenrahmen basieren. Die Ermächtigung erstreckt sich auf Vorschriften über die Kosten- und Leistungsrechnung, den Jahresabschluß sowie Kosten- und Investitionsplanungen. Durch diese Regelungen entfallen die im Regierungsentwurf in Artikel 1 § 4 Nr. 15 (§ 26 a KHG) enthaltenen Vorschriften über das Rechnungswesen in Krankenhäusern, weil nach Auffassung der Antragssteller die in § 16 Abs. 2 vorgesehene Regelung die mit § 26 a des Regierungsentwurfs verbundenen Absichten in gleicher Weise sicherstellt.

Zu Artikel 1 § 4 Nr. 9 (§ 17 KHG)

Die Vorschrift zur Änderung des § 17 Abs. 1 KHG entspricht unverändert der Regierungsvorlage.

Die Vorschrift zur Änderung des § 17 Abs. 4 und der neu in § 17 eingefügte Absatz 5 entsprechen mit redaktionellen Verbesserungen der Regierungsvorlage.

Die Fassung des Artikels 1 § 4 Nr. 9 wurde im Ausschuß mit den Stimmen der SPD und FDP gegen die Stimmen der CDU/CSU beschlossen.

Zu Artikel 1 § 4 Nr. 10 (§ 18 KHG)

Die neue, auf Antrag von SPD und FDP gegen die Stimmen der CDU/CSU beschlossene Fassung ändert den Regierungsentwurf in den Absätzen 1, 2, 3 und 7. Seitens der CDU/CSU wurde der Antrag gestellt, die Vorschriften der Regierungsvorlage zu streichen, da das neue Verfahren schwerwiegende Nachteile bringt, die zu einer Gefährdung der stationären Versorgung führen.

In Absatz 1 wird an der zur Regierungsvorlage vorgesehenen Vereinbarung der Pflegesätze festgehalten. Anders als in der Regierungsvorlage sind jedoch Partner der Pflegesatzvereinbarung nicht die Landesverbände der Krankenkassen und die Landeskrankenhausgesellschaften, sondern das einzelne Krankenhaus und die einzelne Krankenkasse. Allerdings können sich Krankenhaus und Krankenkasse durch ihre Verbände im Lande vertreten lassen.

Krankenkassen, die weniger als 10 v. H. der Pflegetage abrechnen, können sich zu Vereinigungen zusammenschließen, um an der Vereinbarung der Pflegesätze teilzunehmen. Falls durch derartige Vereinigungen die 10 %-Grenze nicht erreicht wird, ist die Beteiligung der jeweiligen Spitzenverbände

der Krankenkassen im Lande sichergestellt. Denn die Spitzenverbände der Krankenkassen im Lande sind stets an den Verhandlungen zu beteiligen, auch wenn im Einzelfall ihre Mitgliedskassen die 10 %-Grenze nicht erreichen; auf die Zuständigkeitsregelungen im Bereich der Ersatzkassen, Betriebskrankenkassen, der Bundesknappschaft und landwirtschaftlichen Krankenkassen (§ 29 a) wird verwiesen.

Die Antragsteller sehen in der Vereinbarung der Pflegesätze zwischen den Beteiligten eine Stärkung der Selbstverwaltung der Krankenhäuser und Krankenkassen und ihrer Verantwortung zur Erzielung sozial tragbarer Pflegesätze (vgl. Allgemeiner Teil V. 2). In Absatz 2 werden die von den Krankenhausträgern vorzulegenden Unterlagen bestimmt. Durch den Antrag der SPD und FDP wurde die Vorlage des sog. Erläuterungsberichts gestrichen.

Auch die in Absatz 3 geforderte Regelung soll einer Stärkung der Selbstverwaltung dienen. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Bundesverbände der Krankenkassen werden verpflichtet, gemeinsame Maßstäbe für die Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser, insbesondere Orientierungsdaten für Personal- und Sachkosten aufzustellen und der Entwicklung anzupassen, wobei bestimmte Kriterien zu berücksichtigen sind. Diese Maßstäbe schließen nicht aus, daß die Kosten- und Leistungsstrukturen eines Krankenhauses differenziert berücksichtigt werden können.

Im übrigen bleibt es bei dem im Regierungsentwurf vorgesehenen Schiedsstellenverfahren für den Fall, daß eine Einigung über die Pflegesätze nicht zustande kommt. Die im Ausschuß beschlossene Änderung des Absatzes 7 ist eine Folgeänderung aus Absatz 1.

Zu Artikel 1 § 4 Nr. 11 (§ 18 a KHG)

Die Vorschrift entspricht unverändert der Regierungsvorlage. Dies wurde mit der Mehrheit der Stimmen der SPD und FDP gegen die Stimmen der CDU/CSU beschlossen. Dem Antrag der CDU/CSU auf Streichung wurde nicht gefolgt.

Zu Artikel 1 § 4 Nr. 12 (§ 20 KHG)

Die Vorschrift entspricht unverändert der Regierungsvorlage. Sie wurde mit den Stimmen der Koalition angenommen. Ein Antrag der CDU/CSU auf Streichung fand keine Mehrheit.

Zu Artikel 1 § 4 Nr. 13 (§ 22 KHG)

Diese Vorschrift entspricht unverändert der Regierungsvorlage. Sie wurde mit den Stimmen der Koalition angenommen. Ein Antrag der CDU/CSU auf Streichung fand keine Mehrheit.

Zu Artikel 1 § 4 Nr. 14 (§ 23 KHG)

Die Vorschrift entspricht unverändert der Regierungsvorlage. Sie wurde einstimmig angenommen.

Zu Artikel 1 § 4 Nr. 15 (§ 26 a KHG)

Die Vorschrift der Regierungsvorlage wurde auf einstimmigen Beschluß des Ausschusses gestrichen. Im übrigen vgl. Begründung zu Artikel 1 § 4 Nr. 8 (§ 16 KHG).

Zu Artikel 1 § 4 Nr. 16 (§ 27 KHG)

Die Regierungsvorlage wurde durch einen interfraktionellen Antrag einstimmig geändert. Es handelt sich um eine redaktionelle Klarstellung.

Zu Artikel 1 § 4 Nr. 17 (§ 29 a KHG)

Die Vorschrift entspricht unverändert der Regierungsvorlage. Sie wurde einstimmig angenommen.

Zu Artikel 1 § 5 (§ 4 der Zwölften Aufbauverordnung)

Durch die auf Antrag der Fraktionen der SPD und der FDP einstimmig beschlossene Änderung der Zwölften Aufbauverordnung wird der Mitgliederkreis der Ersatzkassen, deren Geschäftsbezirk auf einen Ort begrenzt ist, insoweit erweitert, als auch diejenigen Personen sich bei einer Ersatzkasse versichern können, die außerhalb wohnen aber im Geschäftsbezirk der Ersatzkasse beschäftigt sind.

Durch die Änderung hat der Ausschuß den Mitgliederkreis der Ersatzkassen nur für die Rentner geöffnet, die während ihrer Erwerbstätigkeit Mitglieder der Ersatzkassen hätten werden können (vgl. Artikel 1 § 1 Nr. 19 — § 257 a RVO).

Zu Artikel 1 § 6

Der Ausschuß beschloß einstimmig die auf einen gemeinsamen Änderungsantrag aller Fraktionen beruhende Vorschrift. Sie ändert mit Rücksicht auf die in den Ländern Bayern und Rheinland-Pfalz durchgeführte Verwaltungsreform die örtlichen Zuständigkeiten landwirtschaftlicher Berufsgenossenschaften.

Die Regelung in Absatz 3 stellt sicher, daß auch bis zum 31. Dezember 1977 eintretende Änderungen von Kreisgrenzen, die eine Änderung von Grenzen des Regierungsbezirks bewirken, für die Neuabgrenzung der örtlichen Zuständigkeitsbereiche der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften gelten.

Zu Artikel 2 § 1

Die Vorschrift entspricht unverändert dem Regierungsentwurf.

Zu Artikel 2 § 2

Durch den auf Antrag der Fraktionen der SPD und der FDP einstimmig beschlossenen Zusatz erhalten auch die Rentenantragsteller, die nur aufgrund der Übergangsvorschrift als Mitglieder gelten, das Recht zu erklären, daß die Mitgliedschaft bis zur

Entscheidung über ihren Rentenantrag nicht eintritt.

Zu Artikel 2 § 3

Die Vorschrift entspricht unverändert dem Regierungsentwurf.

Zu Artikel 2 § 4

Die Vorschrift entspricht unverändert dem Regierungsentwurf.

Zu Artikel 2 § 5

Die Vorschrift des Absatzes 1 entspricht unverändert der Regierungsvorlage.

Die auf Antrag der SPD und FDP gegen die Stimmen der CDU/CSU beschlossene Änderung der Bezugsgrundlage für die Berechnung der Arzneimittelhöchstbeträge hat zum Zweck, ein im Jahre 1977 zu erwartendes günstigeres Ergebnis der Entwicklung der Arzneimittelausgaben stärker bei den Vereinbarungen über die Arzneimittelhöchstbeträge zur Geltung bringen zu lassen.

Einem Antrag der CDU/CSU, Absatz 2 zu streichen, ist der Ausschuß mit den Stimmen der SPD und FDP aus den zu Artikel 1 § 1 Nr. 30 (§ 368 f Abs. 6 und 7 RVO) genannten Gründen nicht gefolgt.

Zu Artikel 2 § 6

Mit den Stimmen der SPD und der FDP wurde der Antrag der CDU/CSU, den Hinweis auf Artikel 1 § 1 Nr. 17 Buchstabe a und auf Artikel 1 § 3 Nr. 12 Buchstabe a (Einschränkung der Familienhilfe) zu streichen, abgelehnt und die Vorschrift in der Fassung des Regierungsentwurfs beschlossen.

Zu Artikel 2 § 6 a

Die Vorschrift wurde einstimmig und auf Antrag von SPD und FDP beschlossen. Sie stellt sicher, daß sich die Voraussetzungen für Zuschüsse zu Kinderkuren bis 1. Januar 1978 nach bisherigem Recht richten, um die für das Jahr 1977 bereits getroffenen Vorarbeiten für die Durchführung und Finanzierung dieser Maßnahme nicht zu beeinträchtigen.

Zu Artikel 2 § 7

Die Vorschrift entspricht unverändert der Regierungsvorlage.

Zu Artikel 2 § 8

Die Vorschrift des Absatzes 1 entspricht unverändert der Regierungsvorlage. Der auf Antrag der SPD und FDP gegen die Stimmen der CDU/CSU angefügte Absatz 2 trifft im Hinblick auf die mit Artikel 1 § 1 Nr. 34 (§ 368 n Abs. 5 RVO) geänderte Besetzung der Prüfungsausschüsse für die kassenärztliche/kassenzahnärztliche Versorgung eine Übergangsregelung für anhängige Prüfverfahren. Danach sollen diese Verfahren noch mit der gesetzlich oder vertraglich vereinbarten Besetzung der Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse fortgeführt werden.

Zu Artikel 2 § 8 a

Die auf Antrag der SPD und FDP gegen die Stimmen der CDU/CSU eingefügte Vorschrift schreibt den Bundesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen vor, die in die Arzneimittelrichtlinien aufzunehmenden Hinweise für Preisvergleiche und Auswahl von Verordnungsmengen binnen der in der Vorschrift genannten Jahresfrist aufzustellen.

Zu Artikel 2 § 9

Die Vorschrift entspricht unverändert dem Regierungsentwurf.

Zu Artikel 2 § 10

Die Vorschrift entspricht unverändert dem Regierungsentwurf.

Zu Artikel 2 § 11

Die mit den Stimmen der Koalition gegen die Stimmen der CDU/CSU beschlossene Einfügung in die Regierungsvorlage stellt sicher, daß auch nicht öffentlich geförderte Krankenhäuser unter die Übergangsregelung des § 11 Abs. 2 fallen.

Zu Artikel 2 § 12

Die auf Antrag der Fraktionen der SPD und FDP einstimmig beschlossene Aufhebung des § 2 Abs. 2 der Verordnung über die knappschaftliche Krankenversicherung der Rentner führt dazu, daß künftig auch die Beiträge für freiwillig in der knappschaftlichen Krankenversicherung der Rentner Versicherte wie die anderer freiwillig Versicherter bemessen werden.

Zu Artikel 2 § 13

Die Vorschrift entspricht unverändert dem Regierungsentwurf

Zu Artikel 2 § 14

Die Vorschrift entspricht unverändert dem Regierungsentwurf.

Zu Artikel 2 § 15

Ein zu Absatz 2 gestellter und redaktionell bedingter Änderungsantrag der CDU/CSU wurde mit den Stimmen der SPD und FDP abgelehnt. Der Ausschuß beschloß einstimmig einen Änderungsantrag

aller Fraktionen zu Absatz 2, der teils redaktionell bedingt ist, teils das Inkrafttreten der Vorschrift über die Änderung der Beitragsklassen in der Krankenversicherung der Landwirte hinausschiebt. Dadurch wird der Selbstverwaltung der landwirtschaftlichen Krankenkassen hinreichend Zeit gelassen, die erforderliche Neuregelung der Beitragsklassen durch Satzungsänderung vorzunehmen.

Im übrigen beschloß der Ausschuß einstimmig Absatz 1 der Vorschrift in der Fassung des Regierungsentwurfs.

Bonn, den 4. Mai 1977

Franke **Glombig** **Schmidt (Kempten)**

Berichterstatter